

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

281

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 mai 1895, à 1 heure

PAR

Isidore RODRIGUEZ

Membre de la Société anatomique

Né à Carmelo (Uruguay) le 13 février 1868

DE

L'INCISION DU CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR

ET DU

DRAINAGE PARA-UTÉRIN

DANS LES

Suppurations et hématomes pelviens

HISTORIQUE — MANUEL OPÉRATOIRE — INDICATIONS

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

President : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { HAYEM, professeur.
TUFFIER, agrégé.
DÉJÉRINE, agrégé.

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie} ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1895

188

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

281

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 mai 1895, à 1 heure.

PAR

Isidore RODRIGUEZ

Membre de la Société anatomique

Né à Carmelo (Uruguay) le 13 février 1868

DE

L'INCISION DU CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR

ET DU

DRAINAGE PARA-UTÉRIN

DANS LES

Suppurations et hématomes pelviens

HISTORIQUE — MANUEL OPÉRATOIRE — INDICATIONS

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

■ *President : M. PINARD, professeur.*

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
 { TUFFIER, agrégé.
 { DÉJÉRINE, agrégé.*

PARIS

L. BATAILLE ET C^{ie} ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTIERER.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

*Yo dedico esta tesis à mi
Padre. Su vida llena de hon-
radez y de abnegacion me
ha trazado el camino que yo
quiero seguir. Es à él à
quien debo : este titulo de
Doctor, su nombre que estoy
orgulloso de llevar.*

A MA MÈRE

Hommage de ma plus tendre affection

A MA TANTE

AURELIA RODRIGUEZ DE SOTO

Souvenir affectueux

A MON ONCLE

LE GÉNÉRAL OSVALDO RODRIGUEZ

Affection et reconnaissance

A MONSIEUR LE GÉNÉRAL

JUAN JOSÉ DIAZ

Commandeur de la Légion d'Honneur

Témoignage de respectueuse reconnaissance

A MES CHERS ET VÉNÉRÉS MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR TH. ANGER

Chirurgien de l'hôpital Beaujon

ET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER

Chirurgien de la maison municipale de Santé

Hommage respectueux et de profonde reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris

INTRODUCTION

L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, comme traitement des diverses collections péri-utérines, a subi le sort des opérations qui ne sont pas franchement radicales. Après avoir été adoptée surtout comme un moyen d'urgence dans le traitement d'affections qui paraissaient justiciables uniquement des palliatifs médicaux, elle fut, sinon abandonnée, au moins tenue en suspicion tant que les pratiques antiseptiques n'eurent pas atténué le danger qu'il peut y avoir de mettre en rapport avec le vagin, cavité septique par excellence, une collection purulente ou sanguine, enkystée dans le péritoine, ou en rapport immédiat avec lui.

D'autre part, les doctrines aseptiques et antiseptiques, en permettant sans imprudence les plus graves interventions chirurgicales, ont fatalement rejeté dans l'ombre l'incision du cul-de-sac postérieur, opération certainement moins brillante mais d'une réalisation thérapeutique non moins efficace.

Cependant un grand nombre de chirurgiens, guidés par leur esprit clinique qui les éloignait d'une intervention radicale, hors de proportion avec l'affection en cause, ont continué à employer cette méthode curative en la faisant bénéficier des conquêtes antiseptiques modernes. Ainsi que nous le verrons, M. Bouilly, à Paris, a cherché à préciser les indications de ces incisions évacuatrices ;

M. le Professeur Laroyenne et ses élèves, Blanc et Goulroud, ont, à l'aide d'une instrumentation spéciale, fait un grand nombre d'interventions de ce genre.

La question est donc restée à l'ordre du jour. Aussi il nous a paru, par suite des circonstances particulières où nous avons été placé, qu'il y aurait intérêt à appeler de nouveau l'attention sur ce point.

Nous sommes heureux de déclarer, en commençant ce travail, que, si on lui reconnaît quelque mérite, ce mérite est dû tout entier à celui qui l'a inspiré et qui nous a permis de le mener à bonne fin. Durant quatre années, M. le Professeur Tuffier a bien voulu nous prodiguer des conseils chirurgicaux à l'Hôpital Beaujon. Pendant ces trois dernières années, il nous a autorisé à recueillir les observations concernant le sujet qui nous intéresse. Il a été assez bon pour nous guider de ses conseils, et c'est sous sa direction que nous avons pu contrôler, à longue échéance, les résultats obtenus par l'incision du cul-de-sac vaginal suivant le mode opératoire qui lui appartient. C'est pour nous un devoir mais surtout un honneur et un plaisir de reconnaître ici la part qui lui revient dans notre éducation médicale.

Les observations, jointes à ce travail et qui en forment la base, ont été recueillies sur des malades opérées dans son service et dont il a bien voulu nous confier les soins pour les pansements consécutifs. Qu'il nous soit permis de remercier également les maîtres qui ont bien voulu nous guider dans nos études médicales. Nous emporterons d'eux un souvenir respectueux et ému.

M. le docteur Millard, pendant plus d'une année, s'est montré pour nous un maître bienveillant et dévoué. Il

nous a donné nos premières leçons. Nous n'oublierons jamais la bienveillance avec laquelle il nous encouragea à nos débuts, ni le précieux enseignement dont il nous a fait profiter. Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte pour le remercier bien sincèrement.

Nous avons eu l'honneur d'être également l'élève de M. le professeur Guyon.

MM. Lancereaux, Guyot, Rigal, Ribemont-Dessaignes, Bazy ont acquis également une part très grande à notre reconnaissance.

Nous devons remercier tout particulièrement M. le professeur Poirier qui a bien voulu nous ouvrir son laboratoire et nous permettre de prolonger nos études d'anatomie.

M. le professeur Le Dentu nous a admis à l'honneur de suivre son enseignement durant son passage à l'hôpital Beaujon, nous l'en remercions sincèrement ici.

Nous tenons à dire à notre vénéré maître M. Théophile Anger combien nous sommes touché des marques de bienveillance qu'il n'a pas cessé de nous prodiguer pendant les quatre années que nous avons eu l'honneur d'être son élève. Sous sa direction, nous avons appris la pratique de la chirurgie ; nous voulons pour le passé comme pour l'avenir lui exprimer toute notre gratitude.

M. le professeur Pinard a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse. Nous tenons à l'en remercier ici.

Nous sommes d'autant plus heureux de le faire que nous lui devons déjà beaucoup. Son enseignement obstétrical nous a été prodigué. Il a usé envers nous d'une bienveillance dont nous nous souviendrons toujours.

CHAPITRE I

Historique.

Trois variétés principales d'interventions par la voie vaginale sont mises en pratique dans le cas d'inflammation des annexes, de pelvi-péritonite, d'hématocèle ou, d'une façon plus générale, de tumeur accessible par le cul-de-sac vaginal postérieur.

La plus simple de ces interventions, sinon la plus ancienne, est la ponction. Cette ponction peut être faite simplement à l'aide d'un trocart monté ou non sur un appareil aspirateur; elle peut être faite également à l'aide d'un instrument spécial. En tout cas, elle peut être suivie d'une incision plus large dont la ponction n'est que le préliminaire. Mais elle ne mérite le nom d'intervention spéciale que si elle est employée comme méthode curative et non simplement comme moyen d'assurer un diagnostic.

Macquart-Moulin, dans sa thèse, nous résume bien en quelques lignes les inconvénients de la ponction employée comme méthode curatrice.

Si la collection n'est pas suppurée, une ponction non aseptique pourra entraîner la suppuration.

S'il y a du pus, l'introduction des nouveaux germes

dans le foyer peut rendre au pus toutes ses propriétés septiques.

Cependant, employée avec réserve par les auteurs anciens, cette opération rencontre encore quelques partisans à cause de sa simplicité même. MM. Després, Terrillon, Delbet ont cherché à montrer qu'elle pouvait rendre quelques services. Mais il faut bien remarquer que MM. Terrillon et Delbet ne l'admettent qu'à titre purement palliatif.

Le second des modes d'intervention par la voie vaginale est l'ouverture franche des collections péri-utérines. Les uns, comme M. le Professeur Laroyenne et ses élèves, pratiquent une large ponction qu'ils font suivre d'un débridement. Les autres, et c'est la pratique de M. le professeur Tuffier, vont ouvrir directement la collection à l'aide du bistouri. Cette dernière méthode que nous défendons, a pour elle d'être à la fois simple et complète. C'est une application des règles de la pathologie générale aux phlegmons péri-utérins.

Enfin, dans un troisième cas, l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur est pratiquée en vue d'une opération plus radicale qui sera : soit l'ablation des annexes de l'utérus, c'est l'ovariotomie vaginale de M. Picqué ; soit l'ablation totale des organes génitaux : utérus, ovaires et trompes, c'est alors l'hystérectomie vaginale, l'opération de M. Péan. Dans ce dernier cas, l'ouverture du cul-de-sac postérieur n'est qu'un des temps de l'opération. Notons cependant que pour certains cas c'est un temps bien important puisqu'il pourra permettre un diagnostic plus précis et le choix d'une opération plus économique s'il nous est permis de parler ainsi. De ces

interventions si diverses, la seconde seule doit nous arrêter. En effet, la ponction simple n'est plus qu'une opération à laquelle on se résigne, faute de mieux. Sans être aussi innocente qu'on pourrait le croire, elle ne donne au pus qu'une issue incomplète qui se referme, ou qui, si elle persiste, expose aux fistules interminables, car il ne permet au pus sécrété qu'une évacuation lente. Cette intervention a le grand tort de ne tenir compte que du contenu et nullement du contenant. Or les laparotomistes nous ont appris quelle importance avait, au point de vue de la réapparition du pus et des accidents inflammatoires la paroi même de l'abcès pelvien. La nécessité de modifier cette paroi s'impose. C'est en vain que pour défendre la ponction on en admettait la parfaite innocuité. Des cas nombreux ont montré qu'une ponction simple, si elle n'est pas parfaitement aseptique, pourra être suivie d'accidents graves. La ponction simplement exploratrice, la ponction capillaire même paraissent actuellement si peu innocentes que Camescasse et Macquart-Moulin nous décrivent longuement les précautions que l'on doit prendre. En résumé, ce que nous devons tirer de la pratique de nos devanciers c'est que la ponction du cul-de-sac postérieur est une opération incomplète, insuffisante et non exempte de dangers.

Quant à l'hystérectomie vaginale, la plus récente et la dernière venue des opérations vaginales, elle a dès maintenant fait ses preuves. Utile, nécessaire, indispensable suivant les cas, elle a pour elle d'enlever à tout jamais la cause du mal.

De même, sur un rang plus modeste, l'ovariotomie vaginale, avec ses indications bien nettes précisées par Bonne-

caze dans sa thèse de 1889, conservera sa place parmi les méthodes chirurgicales que l'on doit appliquer aux inflammations pelviennes. Mais si la ponction nous paraît insuffisante, ces grandes opérations nous semblent dépasser dans certains cas le but à atteindre. Dans un grand nombre de cas, une intervention donnant large issue au pus par le vagin en situation déclive, une ouverture suffisante pour porter à l'intérieur de l'abcès des pansements modificateurs de la paroi de l'abcès, nous ont semblé largement suffire. Si cette intervention est suffisante, ce que nous espérons démontrer, elle aura pour elle le grand avantage de conserver des organes dont il est si difficile d'affirmer l'impotence absolue et définitive. Elle aura pour elle sa simplicité qui la met à la portée de tout médecin instruit des principes antiseptiques, et elle aura encore pour elle, ce qui n'est pas négligeable, la moindre gravité. Qu'il nous soit permis de rappeler à ce sujet l'opinion de M. Segond dans une communication faite à la Société de Chirurgie en 1891.

« Il est donc bien entendu, dit-il, que dans tous les cas d'abcès pelviens qui paraîtront curables par l'incision au niveau d'un point quelconque de la paroi abdominale ou dans le vagin, il ne saurait être question d'hystérectomie. » *Archives de Tocologie*, 1891, page 298.

Les anciens gynécologues avaient bien compris pour la plupart la nécessité de l'ouverture large des abcès pelviens, mais peu habitués aux interventions profondes, ils n'avaient pas cru pouvoir appliquer dans son entier, à ces abcès, la conduite qu'ils tenaient pour les abcès plus accessibles.

Récamier, le premier peut-être, érigea en principe cette intervention. Pour lui, il faut intervenir dès que l'on constate dans le cul-de-sac postérieur un abcès fluctuant.

L'ouverture doit en être large; elle sera faite à l'aide d'un bistouri spécial, analogue au pharyngotome. La pratique de *Récamier* a été résumée par son élève *Bourdon*, dans un travail paru en 1841 (*Rennes Médical*).

Chassaignac, partisan aussi de l'intervention, était moins hardi dans l'application. Il ponctionnait à l'aide d'un trocart et maintenait béante l'ouverture à l'aide d'un drain.

Nonat était également favorable à une intervention précoce et avait même préconisé un trocart lancéolé spécial.

Dumarquay, en 1857, dans la *Gazette des hôpitaux*, décrit également un instrument particulier.

D'autre part *Benuty*, *Borne*, *Gaillard*, *Thomas*, frappés sans doute des complications septiques qui peuvent survenir, ne veulent intervenir que si des accidents graves surviennent : en un mot, ils sont opposés à l'intervention dans les cas chroniques.

Spencer Wells admet qu'il faut intervenir et se sert pour cela du trocart sur lequel il guide ensuite le bistouri.

Courty admet également la nécessité d'une intervention précoce.

De Sinety, *Siredey* et *Danlos* se prononcent nettement pour l'expectation.

Schroeder est également hostile à toute intervention, *Hegar* ne l'admet que s'il on a pour ainsi dire la main forcée par des accidents graves.

D'autre part, Emmet veut que l'on ouvre la collection dès que la fluctuation est manifeste.

Brickell, en 1887, admet déjà qu'il faut ouvrir dès que la présence du pus est constatée.

Telles sont, rapidement résumées, les indications que nous trouvons chez les gynécologistes anciens. Leurs opinions diverses ne méritent pas, il nous semble, une discussion plus approfondie.

Peu partisans des opérations intrapéritonéales qui ne leur donnaient guère que des insuccès, ils n'appliquaient pas non plus aux abcès péri-utérins les sains préceptes de l'antisepsie qui nous paraissent aujourd'hui la condition *sine qua non* de toute opération chirurgicale, surtout si elle se pratique dans le voisinage du péritoine.

Sous l'influence des idées nouvelles, l'ouverture de l'abdomen ou laparotomie, appliquée pour des affections du ventre non suppurées, réunit rapidement un grand nombre de partisans et la conséquence immédiate des succès nombreux qu'elle procurait fut son application aux affections péri-utérines d'origine inflammatoire. Entre temps des opérations diverses telles que la laparotomie sous-péritonéale, la laparotomie vaginale, la périnéotomie, les opérations par la voie sacrée se proposaient d'aboutir au même résultat ; d'ouvrir, de drainer les cavités purulentes, mais surtout d'enlever des organes que l'on jugeait malades, altérés à tout jamais.

Les hystérectomies abdominales se multiplièrent couronnées de nombreux succès affirmés par les statistiques. La voie abdominale entraînant avec elle des inconvénients, surtout au point de vue des suites opératoires, M. Péan a imposé une opération nouvelle :

l'hystérectomie vaginale qui conquiert rapidement une place incontestée dans le traitement des affections péri-utérines. Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans le détail des phases diverses de ces luttes, et nous nous déclarons tout à fait incompetent pour décider du choix qu'il y aurait à faire entre ces deux méthodes. Nous pensons seulement que l'une et l'autre trouveront bientôt leurs indications spéciales.

Bien modeste, à côté de ces grandes interventions, paraît l'opération de l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur dont nous nous occupons. Si modeste qu'elle soit cependant, un certain nombre de chirurgiens n'ont cessé de se déclarer ses avocats et ont essayé de préciser les indications et le manuel opératoire.

En 1886, M. Le Professeur Laroyenne, dans un article du *Lyon Médical*, annonçait déjà qu'il avait traité systématiquement par l'ouverture vaginale un certain nombre d'abcès péri-utérins et de tumeurs sanguines de même siège. Il se servait pour cela d'une instrumentation un peu spéciale, dont nous aurons à discuter l'utilité. En 1887, il inspirait sur le même sujet la thèse de Blanc qui avec des documents cliniques contenait des résultats éloignés de sa pratique.

Enfin, son chef de clinique, Goullioud, en 1889 et en 1891, dans diverses communications, venait encore affirmer les bons résultats définitifs de la méthode.

En même temps, M. le professeur Bouilly, dans une communication qui, on peut le dire, fait date pour le sujet dont nous traitons, vint affirmer devant la Société de Chirurgie (2 et 9 juillet 1890) que sans les ressources extrêmes de la laparotomie, un grand nombre d'abcès péri-

utérins pouvaient aboutir à une guérison durable si on les incisait par le vagin.

A la différence des auteurs anciens, il ne craint pas d'intervenir dans les cas où les collections sont haut situées et ne proéminent pas dans le cul-de-sac postérieur. C'est là pour nous un fait important et une indication que nous retiendrons. A la suite de cette communication, MM. Terrier et Terrillon se montrèrent défavorables à l'intervention vaginale.

M. Delbet, dans son étude sur les suppurations pelviennes parue en 1891, ne conclut pas nettement et ne peut encore préciser les indications des opérations si diverses que l'on peut appliquer à ces affections abdominales.

Macquart Moulin, dans sa thèse de 1892, essaye par contre de donner des indications définitives, mais il rejette un peu trop, peut-être de parti pris, à notre avis, les opérations palliatives sur lesquelles il nous donne cependant des indications précises, pour ne s'attacher surtout qu'au choix entre les opérations plus radicales, la laparotomie et l'hystérectomie vaginale.

En 1892 également, M. le professeur Le Dentu, dans une revue publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, le 27 février, résumait magistralement en quelques pages les indications et les contre-indications des opérations qui portent sur l'utérus et les annexes. Il consacrait une part importante de son étude à l'incision de collections pelviennes. Sa doctrine sur ce sujet est encore pleinement actuelle et nous ne pouvons faire mieux que d'en donner un bref résumé.

Après avoir établi la division classique entre la forme

aiguë et chronique des tubo-ovarites M. Le Dentu étudie plus particulièrement la marche du premier groupé et discute les indications du traitement qui leur convient. Nous ne parlerons pas du traitement médical qui a passé dans la pratique courante et qui est tout à fait en dehors de notre sujet. Mais l'on ne peut que hautement souscrire à la discussion qui suit au sujet du traitement chirurgical. M. Le Dentu repousse dans ces formes aiguës les grandes interventions chirurgicales telles que la laparotomie et l'hystérectomie et ne les admet que dans les cas rares où l'on soupçonne la rupture intra-péritonéale d'une poche pleine de pus. Il s'arrête plus longuement à la ponction et à l'incision qui lui paraissent indiquées au moment où la détente fébrile et douloureuse va se produire, lorsque la collection purulente est formée. Ces interventions sont compatibles avec un état fébrile encore assez accentué.

L'auteur écrit ensuite cette phrase qui nous a paru précieuse pour notre cause, étant donné la grande autorité de celui qui l'écrivait.

« Dans certaines circonstances déterminées, la ponction et l'incision doivent être la méthode de choix, je dirai même plus *l'une et l'autre peuvent être des méthodes curatives.* »

Et plus loin, parlant plus spécialement de l'incision, M. le Dentu ajoute : « l'incision est un bien vieux procédé de traitement des suppurations pelviennes, y compris le pyosalpinx; elle a été tellement dédaignée à l'époque où la laparotomie a envahi la thérapeutique gynécologique que les chirurgiens qui, comme M. Laroyenne de Lyon et M. Bouilly de Paris, ont fait de sérieux efforts pour la

réhabiliter semblent presque l'avoir inventée à nouveau. Ils ne pouvaient avoir d'autre pensée que de ramener l'attention de leurs collègues vers une opération injustement proscrite ou trop négligée ».

M. Le Dentu insiste ensuite sur les conditions mêmes de l'opération. Facile surtout dans les cas d'adhérences du sac purulent aux parois vaginales, elle est possible dans les cas de suppuration à poche non adhérente et l'auteur décrit brièvement la technique qui convient à l'un et l'autre cas. Passant ensuite à l'étude des formes chroniques, l'auteur écrit aussi que *l'incision vaginale* peut encore trouver son indication *même dans le cas chronique*, mais emporté par l'actualité, il ne nous donne pas d'indications plus précises à ce sujet.

Nous avons tenu à résumer brièvement cette revue dont les conclusions générales concordent avec les nôtres. Notre ambition est d'y ajouter quelques données, particulièrement en ce qui concerne les indications de l'incision vaginale dans les cas chroniques et d'indiquer quels sont les résultats éloignés de cette intervention.

Depuis l'époque où écrivait M. Le Dentu, l'hystérectomie vaginale, dont la fortune s'est rapidement faite, semble attirer toute l'attention, et les interventions qui nous occupent ont de nouveau été rejetées dans l'ombre.

On opère actuellement beaucoup et bien, les succès enregistrés sont nombreux, mais si le même résultat peut être obtenu par une opération moins dangereuse et d'exécution bien moins difficile, cette opération doit à notre sens être préférée.

En un mot, nous pensons que dans un grand nombre de cas la laparotomie ou l'hystérectomie vaginales peu-

vent être remplacées avec un succès non moins définitif par l'incision du cul-de-sac postérieur et nous espérons le démontrer.

Mais avant tout, nous allons exposer et discuter le manuel opératoire que nous a enseigné M. le professeur Tuffier. Sa simplicité même le met à la portée de tous les médecins et l'absence d'une instrumentation spéciale en rend l'application facile.

CHAPITRE II

Manuel opératoire

Nous allons maintenant décrire l'opération de l'incision du cul-de-sac postérieur, telle qu'elle est pratiquée par M. Tuffier. On nous permettra de ne pas omettre les plus petits détails. Ils ont leur importance dans toute opération chirurgicale.

Le diagnostic de l'affection ayant été posé et les indications de l'intervention nous paraissant favorables à l'incision du cul-de-sac postérieur, la malade sera purgée l'avant-veille ; la veille, un grand lavement. Ce lavement sera répété le matin même de l'opération et l'on aura bien soin de le faire rendre avant de porter la malade sur la table d'opération. La veille, on fera également, si possible, prendre à la malade un grand bain. On lavera et on savonnera le vagin et la région vulvaire qui sera rasée. On donnera une injection vaginale au sublimé et on placera dans le vagin une mèche de gaze iodoformée et par dessus la vulve de l'ouate hydrophile, de manière à protéger le champ opératoire par un pansement occlusif.

Le matin de l'opération on retire du vagin la mèche de gaze, puis nouveau lavage.

On prend en un mot des précautions aussi scrupuleuses que s'il s'agissait d'une hystérectomie vaginale.

On a stérilisé les instruments nécessaires dont nous croyons utile de donner la liste : des grandes valves de Sims ou de Péan, des pinces hémostatiques, deux grandes pinces de Museux, un bistouri allongé, deux drains en caoutchouc rouge de grand diamètre, accolés l'un à l'autre en canons de fusil. Un appareil à injections : un broc muni d'une canule en verre neuve, doit être à portée de la main de l'opérateur.

La malade, ayant été anesthésiée, est placée dans la position de la taille. Les jambes sont confiées chacune à un aide qui maintiendra d'une main une jambe de la malade et de l'autre main pourra aider l'opérateur en lui maintenant en place les valves. Le bassin de l'opérée devra être assez relevé pour que la région à opérer se présente d'elle-même, les valves introduites, à la vue du chirurgien. La malade a préalablement été sondée. Le pansement enlevé, les valves placées et maintenues de façon à écarter les parois surtout par leur partie profonde, le chirurgien a devant lui la région à inciser : on prend l'utérus avec une pince de Museux qui l'abaisse et le maintient. Mais avant toute opération, il pourra profiter de l'anesthésie pour assurer son diagnostic.

M. Tuffier se sert pour pratiquer cette incision du bistouri. Certains chirurgiens se servent encore, à l'exemple de M. Bouilly, du thermocautère. Cet instrument qui semble au premier abord prévenir les hémorrhagies a l'inconvénient d'amener la formation des escarres et quand celles-ci se détachent, elles peuvent provoquer des hémor-

rhagies secondaires plus graves mille fois que les hémorrhagies primitives.

D'autre part, M. le Professeur Laroyenne se sert pour la même opération d'une instrumentation spéciale (ce qui nous semble être un inconvénient, car elle n'est pas toujours à la portée du praticien) et sur l'usage de laquelle nous aurons à revenir. On remarquera aussi que M. Tuffier ne se sert ni de trocart, ni d'appareil aspirateur. Ces instruments lui paraissent un peu les complices d'une intervention timide. En tout cas, ils ne sont nullement nécessaires, pas même utiles avec le mode opératoire qu'il emploie.

Nous devons insister maintenant sur la direction et le siège à donner à l'incision, sur la profondeur qu'elle doit avoir d'emblée.

Ce point mérite en effet d'être signalé en particulier, suivant le cas, l'incision devant être effectuée en un ou deux temps selon la profondeur de la collection péritérine que l'on veut ouvrir.

Notre sujet ne comportant que l'incision du cul-de-sac postérieur indique bien d'une façon générale le siège qu'aura l'incision. Mais nous devons encore insister sur le motif qui fera choisir le cul-de-sac postérieur comme lieu d'incision, même s'il s'agit d'une collection de siège latéral et que l'on pourrait être tenté d'ouvrir par le cul-de-sac latéral.

Qu'il nous soit permis de rappeler en quelques mots l'anatomie normale de la région. Elle devra être toujours exactement présente à l'esprit du chirurgien qui doit pour ainsi dire voir les organes dangereux qu'il faut éviter de blesser. Le canal vaginal est en rapport en avant

avec la vessie dont il est séparé par la cloison vésico-vaginale ; en arrière, il est en rapport avec le péritoine, en haut, dans une étendue de un à trois centimètres, et avec le rectum, plus bas, dont il est séparé par la cloison recto-vaginale.

Il est très important de connaître exactement les rapports du canal vaginal avec les organes qui l'environnent et dont la présence est un danger pour le chirurgien. La vessie, uniquement en rapport avec le cul-de-sac vaginal antérieur, ne doit pas nous occuper. Son voisinage et celui des uretères rendent particulièrement délicate l'ouverture de ce cul-de-sac, ouverture que l'on pratique cependant dans l'opération de l'hystérectomie vaginale. Le rectum semblerait au premier abord devoir rendre périlleuse l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Mais c'est là, comme nous allons voir, un écueil plus apparent que réel.

En effet, si l'on examine la cavité du petit bassin sur un cadavre de femme après avoir rejeté en haut la masse intestinale, on voit que cette cavité est divisée en deux compartiments inégaux par l'utérus et les ligaments larges qui forment une cloison transversale. De ces compartiments, le postérieur seul nous intéresse. Il se présente comme une cavité en forme d'entonnoir aplati d'avant en arrière et de haut en bas, à grande ouverture dirigée en avant et en haut. Cette cavité est fermée en avant par une cloison que forment l'utérus au milieu et sur les côtés la lame postérieure des ligaments larges.

Cette cloison n'est pas plane, mais concave dans son ensemble, en arrière et en haut. La paroi postérieure est fermée par le bassin osseux et les diverses parties molles qui en recouvrent la surface ; le tout est tapissé par le

péritoine. Le pourtour de l'entonnoir, son orifice supérieur, est constitué : en avant, par le bord supérieur de l'utérus et par l'aileron postérieur du ligament large ; en arrière, par la partie postérieure du détroit supérieur et par le promontoire. Les ovaires et les trompes surplombent la partie antérieure de ce pourtour. Quant au fond de l'entonnoir, il répond à la partie la plus déclive du bassin et forme le cul-de-sac de Douglas. Le rectum parcourt le trajet de l'entonnoir, il est appliqué contre le milieu de sa paroi postérieure et cela, d'autant plus intimement qu'on le considère dans une partie plus basse de son trajet. En réalité, le cul-de-sac de Douglas est tout entier situé en avant du rectum.

Il résulte de ces faits que toute tumeur liquide des trompes et des ovaires aura tendance à glisser sur la face postérieure des ligaments larges pour venir tomber, si son volume le lui permet, dans le cul-de-sac de Douglas, et elle viendra se placer entre le rectum et la paroi vaginale postérieure. Elle n'aura aucune tendance à rapprocher le rectum du vagin. Mais elle tendra bien plutôt à augmenter la distance qui les sépare en diminuant partiellement leur calibre. Il en sera de même pour toute collection liquide, hématocele ou pelvi-péritonite, se développant ou s'accumulant dans le compartiment postérieur du petit bassin.

Plus bas, il est vrai, le rectum va s'accoler au vagin pour former avec lui une véritable cloison ; mais ce contact intime ne se produit que dans une région tout à fait inférieure, au-dessous du cul-de-sac de Douglas, et n'intéresse qu'une partie du vagin où ne viennent pas proéminer les tumeurs du petit bassin et où on n'a pas à

porter le bistouri. Quant au cul-de-sac de Douglas lui-même ses limites supérieures sont marquées par les bords plus ou moins tranchants des ligaments utéro-sacrés. Les deux ligaments utéro-sacrés marquent ainsi l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, de forme annulaire et dont le diamètre mesure 5 à 6 centimètres. Les deux uretères et les vaisseaux qui les accompagnent restent assez éloignés de cette ouverture supérieure. Les uretères sont en effet situés au-dessus et en dehors de l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et ils sont à ce niveau séparés l'un de l'autre par un écartement de 8 à 10 centimètres. Ils sont donc à ce niveau bien éloignés de la ligne médiane et bien au-dessus du fond du cul-de-sac de Douglas, ce qui en rend la blessure tout à fait hypothétique dans l'incision du cul-de-sac postérieur. Il s'en suit qu'on pourrait sans danger donner à l'incision du cul-de-sac postérieur jusqu'à une longueur de 6 centimètres. Si l'on examine le cul-de-sac de Douglas en lui-même, on voit qu'il présente la forme d'une sorte de portefeuille, mais à cause de la direction du bassin, sa paroi postérieure est plus élevée que la paroi antérieure, son ouverture est dirigée en avant et en haut, le sommet de la pyramide est formé par la rencontre du vagin et du rectum entourés de leurs sphincters. La profondeur moyenne du cul-de-sac, estimée par Courty entre 5 et 9 centimètres est réduite par Vallin à 4 ou 6. Par suite même de la direction du cul-de-sac, la paroi antérieure formée par la paroi vaginale postérieure doublée du péritoine qui descend jusqu'à l'orifice externe du col, cette paroi antérieure, dis-je, est en réalité une partie déclive du cul-de-sac. Aussi va-t-elle se laisser déprimer facilement

par les collections ovariennes ou tubaires, et par les diverses collections intra-péritonéales. Nous voyons aussi d'autre part qu'il y aurait intérêt à inciser cette paroi à l'insertion du vagin sur l'utérus, puisque en ce point on est loin du rectum. En résumé, nous voyons qu'une incision de 6 centimètres au plus pratiquée dans la partie supérieure du cul-de-sac vaginal postérieur sera sans danger et correspondra à l'indication générale d'ouvrir l'abcès dans un point déclive.

Il nous reste un point d'anatomie à noter. La paroi vaginale postérieure est assez abondamment irriguée par l'artère vaginale venue soit directement de l'hypogastrique, soit de l'une des branches collatérales.

Elle s'anastomose par ses branches avec celle du côté opposé et ces anastomoses dont quelques-unes se font sur la paroi postérieure du vagin, peuvent être assez développées pour donner lieu à des petites hémorrhagies qu'il est d'ailleurs facile d'arrêter. Notons aussi que, entre la paroi postérieure du vagin et le péritoine, il faut compter ne rencontrer que fort peu de tissu cellulaire. L'adhérence du péritoine et du vagin ne se fait en ce point que par un tissu cellulaire dense.

Nous devons maintenant donner les raisons anatomiques qui font de l'incision des culs-de-sac latéraux une opération dangereuse. Ce sera justifier ainsi la pratique de notre maître, M. Tuffier, qui estime que l'on doit ouvrir, par le cul-de-sac postérieur, les collections de siège latéral et qui a mis plusieurs fois devant nous ce précepte en pratique. L'incision du cul-de-sac latéral est dangereuse à cause du voisinage de l'uretère et de l'artère utérine.

Elle donne toujours beaucoup de sang par suite de la présence de plexus veineux utéro-ovariens.

Si nous suivons le trajet de l'uretère, nous voyons que parti du voisinage de l'articulation sacro-iliaque, chacun de ces conduits musculo-membraneux descend dans l'excavation en la parcourant obliquement de dedans en dehors d'abord, de dehors en dedans ensuite, et d'arrière en avant suivant une ligne à concavité supérieure et interne. Toute cette première partie du trajet de l'uretère peut être suivie sur la paroi pelvienne et sur la face postérieure du ligament large sur lesquelles l'uretère est visible. Mais la particularité importante à retenir est que l'uretère est situé d'autant plus profondément dans l'épaisseur du ligament large qu'on l'envisage plus bas et plus près par conséquent de la ligne médiane. Nous n'insisterons pas davantage sur cette première partie du trajet de l'uretère. Il nous suffit de retenir qu'au niveau de l'ouverture supérieure du cul-de-sac de Douglas, les deux conduits sont éloignés l'un de l'autre d'au moins 8 centim. et que le plan où ils sont situés se trouve au-dessus du plan qu'occupe l'ouverture du cul-de-sac. L'uretère traversant la base du ligament large va passer à côté de la portion sus-vaginale du col utérin, puis descendant toujours, il va se mettre sur une longueur d'un centimètre et demi en contact avec le cul-de-sac vaginal latéral. Ce point est le rendez-vous des organes dangereux, car c'est là également, un peu au-dessus, que se fait la réflexion en haut de l'artère utérine.

La crosse formée par l'artère est en contact avec l'uretère. Enfin entre l'uretère et la paroi vaginale séparés par un intervalle d'un centimètre et demi, on trouve

encore de nombreux plexus veineux. L'uretère parcourt ensuite un trajet bien décrit par Arrizabalaga d'après Holl ; ainsi que l'a écrit cet auteur, la portion vaginale de l'uretère « étendue entre le ligament large et la face postérieure de la vessie, mesure quatre centimètres de longueur et correspond d'abord au cul-de-sac latéral, puis au cul-de-sac antérieur du vagin, elle croise le cul-de-sac latéral à quinze millimètres et peut être moins en dehors du cul-de-sac utérin et sur un plan transversal qui est environ à deux et demi ou trois centimètres au-dessus de l'orifice externe, c'est-à-dire au niveau de l'isthme, il se dirige obliquement en dedans pour atteindre le cul-de-sac antérieur. Arrivé à ce niveau, l'uretère se couvre, se dirige obliquement en bas, en dedans et en avant, pour aller s'ouvrir à l'extrémité correspondante de la ligne inter-utérine. »

Il ne nous reste qu'à dire un mot du trajet de l'artère utérine, pour montrer quels sont les dangers de l'incision du cul-de-sac latéral.

L'artère utérine qui vient de l'hypogastrique est à son origine en rapport immédiat avec l'uretère dont elle suit le bord antérieur dans son trajet à l'intérieur de l'excavation. Puis au niveau du point où l'uretère va entrer en rapport avec le cul-de-sac vaginal, l'artère utérine va passer au-dessus de l'uretère en décrivant une sorte de crosse et de là, elle va suivre les bords latéraux de l'utérus pour s'anastomoser avec l'artère ovarienne. En ce point où elle se refléchit comme nous l'avons déjà dit, elle se trouve très voisine, à un centimètre et demi au plus, du cul-de-sac latéral ; de plus, à ce niveau même, elle commence à donner des artérioles dont les plus inférieures

vont s'anastomoser avec celles du côté opposé, pour former autour de l'isthme le cercle artériel d'Huguier. De ces rapports, il résulte que l'incision du cul-de-sac latéral présente deux dangers principaux : le bistouri qui pratiquerait le débridement transversal, le seul rationnel pour l'ouverture des collections péri-utérines, blesserait presque fatalement l'uretère et pour peu que l'incision fût un peu profonde courrait grand risque d'ouvrir également l'artère.

Nous ne parlons pas des plexus veineux qui seraient fatalement atteints. Ces dangers sont d'autant plus à craindre que l'on se rapprochera de la partie antérieure du cul-de-sac vaginal, particulièrement pour ce qui concerne l'uretère. Dans l'hystérectomie vaginale, il est vrai, l'on doit inciser ce cul-de-sac comme on le fait du reste pour le cul-de-sac antérieur. Mais l'incision se fait alors concentriquement au pourtour du col ; on pourrait dire qu'il s'agit d'une désinsertion. Quoiqu'il en soit, même dans ces conditions, les blessures de l'uretère ne sont plus à compter, soit que le conduit ait été atteint par le bistouri, soit qu'il ait été pris dans la pince à forci-pressure.

Nous pensons donc que même pour les tumeurs qui viennent faire saillie dans le cul-de-sac latéral, l'incision par le cul-de-sac postérieur doit être préférée. Les dangers à courir dans l'incision du cul-de-sac latéral seront d'autant plus grands que l'on aura pris soin d'abaisser l'utérus par des tractions sur le col.

Quelques observations consignées dans notre thèse montrent bien que l'ouverture du cul-de-sac postérieur pour des collections latérales est parfaitement praticable et suffisante.

Connaissant maintenant la région sur laquelle nous allons opérer, nous allons poursuivre la description du manuel opératoire.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, les valves ont été placées de façon à découvrir la région opératoire, c'est-à-dire le cul-de-sac vaginal postérieur. Ceci fait, l'opérateur, à l'aide d'une pince de Museux, saisit la lèvre postérieure du col, puis par une traction lente et modérée, essaye d'abaisser l'utérus. Il s'arrête, dès qu'il sent une résistance notable et confie la pince à l'un des aides qui tient l'une des valves et qui maintient l'utérus abaissé. Si l'utérus est enclavé, s'il n'est pas mobile, l'on se contente de le rendre plus fixe à l'aide de la pince. Ceci fait et après une dernière injection vaginale, l'opérateur, à l'aide du bistouri, fait sur la paroi vaginale postérieure dans le voisinage de l'insertion utérine une incision transversale de 4 à 6 centimètres dont le milieu se trouve sur la ligne médiane.

Dans le cas où il s'agit d'une tumeur faisant saillie, il peut du premier coup ponctionner à l'une des extrémités, puis agrandir ensuite l'incision, mais il paraît préférable d'inciser couche par couche, d'abord la muqueuse puis la paroi musculaire et enfin la paroi de l'abcès en pratiquant l'hémostase chemin faisant, s'il en est besoin. Nous savons en effet, que les artères vaginales vont souvent s'anastomoser dans ce point. Une compression à l'aide d'une petite éponge montée sur une pince ou la forcipressure viennent facilement à bout en général de cette petite hémorrhagie.

C'est le cas le plus simple : celui où la collection péri-

utérine venant bomber dans le cul-de-sac vaginal adhère à la paroi : le bistouri ouvre directement l'abcès.

Par l'ouverture ainsi faite, l'on voit s'écouler du pus et du sang plus ou moins modifié suivant la nature de la collection. On peut en aider la sortie par une pression très modérée dans la région hypogastrique. La sortie du pus se fait d'ailleurs facilement. Elle se fait beaucoup mieux quand l'ouverture est transversale que lorsqu'elle est antéro-postérieure, direction que l'on suivait presque toujours autrefois. L'ouverture antéro-postérieure n'est en effet qu'une sorte de boutonnière que la contraction des fibres musculaires de la paroi vaginale a tendance à fermer constamment. C'est là un inconvénient qui est manifeste dès le moment de l'opération même, mais qui s'accroît encore les jours suivants. La connaissance de l'anatomie de la région nous a montré que l'incision transversale, qui ne présente pas cet inconvénient, est absolument sans danger. On peut écarter les lèvres de la plaie à l'aide des écarteurs ou des valves (1).

Dès que l'écoulement de pus a cessé, on procède au lavage de la poche. Notre maître, M. Tuffier, estime que l'emploi d'une curette pour un nettoyage de la poche est tout à fait inutile ; il lui paraît même que ce moyen n'est pas sans danger. Le lavage de la poche se fait suivant le mode ordinaire à l'aide d'une sonde en verre bien propre que l'on introduit par l'ouverture faite au bistouri et par laquelle on injecte sous une faible pression deux ou trois litres d'une solution de sublimé au 1/5000. L'on

(1) Il est essentiel et indispensable de faire l'exploration digitale de la poche pour s'assurer de l'existence de poches secondaires et agir en conséquence s'il en existe.

s'arrête lorsque l'eau de lavage sort absolument propre. Il est prudent, pour peu que la poche soit volumineuse, de réduire encore par un coupage avec de l'eau bouillie le litre de la solution, afin que la dernière portion, dont il peut rester une partie dans la poche, ne puisse provoquer aucun phénomène d'intoxication.

Si la poche présente des dimensions très restreintes, on peut se contenter d'introduire dans l'ouverture une mèche de gaze iodoformée pour en assurer le drainage, mais c'est là le cas le plus rare et la pratique la moins employée par notre maître. Le plus souvent il faut assurer un écoulement plus facile du pus et pour cela drainer la cavité à parois suppurantes, comme on le ferait pour un véritable abcès. Cette manière de faire a encore pour avantage de rendre faciles et efficaces les lavages consécutifs. M. Tuffier introduit par l'ouverture deux gros drains en caoutchouc rouge, associés en canons de fusils. L'objection principale à opposer à l'introduction des drains dans une cavité déclive, soumise aux pressions intestinales, est leur facile expulsion par glissement. Il est donc indispensable de fixer solidement ces drains. Pour ce faire, on prend une aiguille de Reverdin, courbe, armée d'un fil de soie, et l'on fait passer ce fil à la fois dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col et à travers les drains, et l'on assure le tout par un nœud. Puis après une dernière injection vaginale, on bourre le vagin de gaze iodoformée en retirant progressivement les écarteurs et l'on place un pansement au devant du vagin assuré par un bandage en T. Les soins consécutifs sont très simples, le lendemain de l'opération et les jours suivants, sans oublier que l'opérée a dû être sondée, on la

fait placer sur le lit à speculum, et l'on procède comme ci-dessus au lavage de la poche, que l'on fait par l'intermédiaire des drains, l'un servant à l'entrée du liquide, l'autre à sa sortie. Au bout de quelques jours, on constate que l'eau du lavage sort pure ; on peut alors soit couper les fils et enlever les drains, soit les remplacer par d'autres de calibre et de longueur moindres ; c'est une affaire de tâtonnement qui dépend de la rétraction de la poche. La présence de deux drains est utile, car elle permet de faire le lavage sans pression aucune, sans crainte par conséquent de rupture de la poche, l'un d'eux servant au courant d'aller, l'autre au courant de retour. Telle est la marche suivie dans les cas les plus simples. Nous devons envisager maintenant un certain nombre de cas particuliers et voir comment l'on doit alors modifier le manuel opératoire.

Les divers cas à envisager sont les suivants :

Ceux où la tumeur n'adhère pas au vagin.

Ceux où la collection est haut située et ne vient pas faire saillie dans le cul-de-sac postérieur.

Ceux où la collection est située latéralement.

Ceux enfin où, croyant trouver une poche unique, on se trouve en présence d'une collection multiloculaire. Nous reproduirons, pour ces divers cas, l'enseignement clinique de M. Tuffier.

Il a particulièrement insisté sur ce point dans ses leçons à l'hôpital Beaujon. Dans les cas où la tumeur n'est pas adhérente, mais vient bomber dans le vagin, le manuel opératoire est à peu près le même que celui décrit ci-dessus, mais l'incision doit se faire en deux temps. Le cul-de-sac vaginal ayant été incisé, les deux lèvres

sont écartées avec les deux index qui isolent la poche qu'un aide fait saillir en appuyant légèrement sur la paroi abdominale. On place alors les valves écarteurs pour maintenir les lèvres de l'incision écartées. Il ne reste plus qu'à ouvrir franchement et largement la poche, puis à saisir avec deux pinces les deux lèvres de la collection pour la faire saillir dans le vagin. Le lavage et le drainage se font de la façon indiquée plus haut.

Lorsque la collection est haut située, la conduite à tenir est exactement la même. Le travail de décortication que pratiquent les deux index est exactement le même, mais il est plus long et plus pénible. La main d'un aide doit appuyer fortement sur l'abdomen pour abaisser la tumeur. En tout cas, la décortication doit être complète et l'incision de la collection ne doit être pratiquée que lorsque la poche vient se présenter à nu entre les lèvres de l'incision vaginale.

L'opération est un peu plus compliquée et un peu plus pénible quand il s'agit d'une tumeur siégeant sur les parties latérales. Qu'il nous soit permis de citer textuellement ici les paroles de notre maître :

« L'incision vaginale doit encore dans ce cas être postérieure, la dénudation de la poche doit se poursuivre en arrière de la collection pelvienne; c'est la région la moins périlleuse, c'est donc de ce côté qu'elle doit être attaquée et de fait nous n'avons jamais eu d'accidents inquiétants en suivant cette voie. Les anastomoses que les artères vaginales font sur la paroi postérieure du vagin donnent un peu de sang, comme dans tous les autres cas, voilà tout. Je crois, au contraire, que l'attaque par les parties latérales, attaque qui semble plus directe, risquerait

de nous conduire sur les uretères ou sur les gros vaisseaux de la base du ligament large. En arrière, au contraire, la collection ne présente, en général, aucun rapport bien important au point de vue chirurgical. »

Telles sont les principales données utiles à connaître. Il est bien certain que l'opération peut et doit être modifiée suivant les différents cas qui se présentent. S'il s'agit en effet d'une collection multiloculaire, on pourra se voir obligé de combiner les divers modes opératoires que nous venons de décrire, et de décortiquer secondairement une poche située au-dessus d'une première collection que l'on venait d'ouvrir. Nous devons dire toutefois que si la présence de plusieurs poches est reconnue avant l'opération, il y a là une contre-indication à l'opération palliative. Mais, comme d'autre part, l'opération telle que la pratique M. Tuffier n'est en somme que le premier temps de l'hystérectomie vaginale, qu'elle n'en compromet en rien la marche, qu'elle permet de faire l'opération radicale, soit immédiatement, soit secondairement, nous ne voyons pas pourquoi on ne ferait pas profiter l'opérée du doute s'il en subsiste un.

Notons enfin que la voie ainsi créée peut permettre une autre opération : l'ovariotomie vaginale de Picqué. On peut aussi enlever soit une partie, soit la totalité de la poche par l'ouverture vaginale. Pour notre compte, nous avons vu notre maître enlever ainsi un kyste dermoïde de l'ovaire et une poche salpingienne.

Il paraîtrait superflu d'insister sur des faits aussi évidents si l'on ne se trouvait en présence, d'une part, des partisans d'une intervention radicale, d'autre part, des partisans de la ponction déguisée. Aux premiers nous

dirons: oui, nous croyons aux bienfaits de l'hystérectomie vaginale, nous la croyons indispensable dans certains cas; mais vous nous permettrez de faire un temps d'arrêt; si notre opération a été trop timide, nous la compléterons et nous enlèverons les organes. Dans aucun cas nous n'aurons rien compromis et dans tous les cas nous aurons la certitude de ne pas avoir dépassé le but, par une intervention précipitée et trop radicale. Pouvez-vous toujours en dire autant?

Aux seconds nous reprocherons un manuel opératoire compliqué, une incision aveugle et insuffisante, une évacuation incomplète. M. le Professeur Laroyenne a obtenu de nombreux succès opératoires à l'aide du trocart qu'il a inventé. Mais nous ne pouvons nous empêcher de trouver qu'il est plus simple et plus rationnel d'avoir tout simplement recours au bistouri. Cela nous semble à la fois plus chirurgical et moins dangereux, puisque l'incision, telle que la pratique notre maître M. Tuffier est toujours faite à ciel ouvert. Nous reprocherons également à l'instrument de M. Laroyenne de ne pas ouvrir une voie assez large à la sortie du pus et de ne pas permettre un lavage facile de la poche. Enfin nous sommes étonné du nombre relativement considérable des fistules post-opératoires. Nous verrons en parlant des résultats opératoires obtenus par la méthode de M. Tuffier combien sont rares les accidents consécutifs à l'opération.

CHAPITRE III

Indications et contre-indications

Les affections pour lesquelles l'ouverture simple du cul-de-sac vaginal postérieur a été proposée sont en réalité peu nombreuses et se rangent sous deux chefs principaux : les suppurations pelviennes, les hématoécèles dites rétro-utérines. Nous éliminons de parti pris les grossesses extra-utérines à produit figuré. Notre maître M. le professeur Pinard, a trop magistralement exposé les règles applicables à ce cas particulier, pour que nous osions y revenir.

Même réduit à ces termes, le problème n'est pas toujours aussi simple qu'il le paraît, et savoir intervenir utilement et dans la stricte mesure du nécessaire sera toujours œuvre délicate.

Cependant, il convient d'établir des règles générales.

On peut poser en principe que toute suppuration pelvienne qui ne s'améliore pas rapidement par un traitement médical, appelle une intervention chirurgicale.

S'il s'agit d'une hématoécèle rétro-utérine, des principes différents doivent être posés. — L'affection par elle-même tendant le plus souvent à la guérison, les moyens médicaux seront employés le plus longtemps possible.

Si l'hémorrhagie devient par elle-même un danger, il faudra suivre pour la combattre les règles de la chirurgie générale et aller l'attaquer à la source même par la laparotomie. Cette intervention seule permettra une intervention rationnelle.

Si la collection hémorrhagique au lieu de se résorber, se transforme en collection purulente, il conviendra de lui appliquer alors toutes les règles relatives aux suppurations pelviennes. Une intervention radicale sera dans ce dernier cas d'autant moins défendable qu'aucun organe n'est définitivement atteint et que la déviation physiologique, cause de l'accident, peut n'avoir aucune tendance à se reproduire.

Ce qu'il importe donc d'examiner particulièrement, c'est la conduite à tenir en cas de suppuration pelvienne primitive ou secondaire, que cette suppuration siège dans un des organes annexes de l'utérus ou qu'elle soit simplement voisine de lui.

Deux grandes écoles sont actuellement en présence au sujet du traitement applicable à ces collections. — Les uns sont partisans de l'intervention par la voie abdominale.

Ils invoquent en faveur de cette voie la facilité de leur mode opératoire, mais, et c'est surtout ce qu'il nous faut retenir, ils se font forts de n'opérer le mal que dans la mesure du nécessaire. L'intervention abdominale leur permet en effet un choix entre l'organe sain et l'organe malade, ménageant le premier, enlevant le second. La large voie qu'ils se sont ouverte, leur facilite également le drainage des poches purulentes qu'il serait impossible d'enlever, à cause des adhérences voisines.

Les autres préfèrent la voie vaginale, moins dangereuse, permettant un drainage parfait, n'exposant pas aux éven-trations ni aux adhérences secondaires. Ce sont les par-tisans de l'hystérectomie vaginale.

Quant à nous, nous pensons qu'une intervention qui a les avantages de la première opération, c'est-à-dire qui permet d'espérer la guérison sans la castration, et une partie des avantages de la seconde, c'est-à-dire un drainage facile dans une situation déclive, doit être préférée toutes les fois qu'elle est possible. L'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur pourrait beaucoup plus justement être qualifiée, par suite des modifications que M. le Professeur Tuffier y a introduites, de drainage péri-uté-rin.

Or ce drainage sera possible dans les conditions sui-vantes : toutes les fois que la poche purulente ne sera pas hors du petit bassin ; toutes les fois qu'elle ne sera pas tellement cloisonnée qu'une ou tout au plus deux incisions ne puissent l'ouvrir. En effet, dans certains cas, les collections péri-utérines forment par leur réunion et le cloisonnement de leur cavité de véritables éponges purulentes qui ne peuvent être drainées utilement et qu'il conviendra le plus souvent d'enlever par hystérec-tomie. Même lorsqu'il s'agira de cas douteux, l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur ne peut rien compro-mettre puisqu'il laisse toute latitude et toute facilité à une intervention plus radicale par le vagin.

Nous pouvons préciser davantage les indications de notre opération et suivant les degrés même de l'affection à laquelle on est appelé à remédier.

S'agit-il d'une collection péri-utérine bien définie, ve-

nant bomber dans le cul-de-sac postérieur, nettement adhérente. Là, pas d'hésitation, toutes les méthodes médicales ayant échoué nous pratiquons le drainage de la collection. Nous pratiquerons ce drainage dans les cas mêmes où la bilatéralité des lésions, sans être prouvée, nous paraîtrait possible. Nous la tenterons de même qu'un chirurgien prudent proposerait la résection du coude avant l'amputation du bras.

Dans ces cas, du reste, l'opération fort simple a des suites non moins simples, et cette facilité même fait qu'elle est journellement pratiquée.

Il existe toute une série de faits où la conduite à tenir paraît au premier abord plus difficile à préciser. Dans l'examen de cas précédents, nous n'avons point parlé de la consistance des parois de la collection. Or, pour peu que celle-ci soit un peu ancienne, le travail inflammatoire, qui était d'abord favorable en limitant la collection du pus, tend en s'atténuant à renforcer la paroi qui devient plus ou moins scléreuse, et qui contracte des adhérences solides avec les parties voisines.

Serait-il prudent d'intervenir dans ces cas ? N'y a-t-il pas à craindre de voir la suppuration d'une poche non réductible s'éterniser, affaiblir la malade et l'exposer même à des infections secondaires, point de départ des affections graves ?

Les travaux publiés sur ce point particulier de la question par M. Laroyenne et la thèse si documentée de son élève, M. Blanc, prouvent bien que l'intervention dans ces cas reste ce qu'elle était dans le précédent.

La seule réserve que nous nous permettrons de faire, concernant les conclusions de ces deux auteurs, se rap-

porte seulement à l'étendue de l'intervention. Nous trouvons en effet trop timide le procédé de M. Laroyenne, surtout dans ces cas qu'il a pourtant si bien étudiés. Nous dirions volontiers que l'incision doit être d'autant plus large que l'affection est plus ancienne.

C'est qu'en effet dans ces cas de salpingite ou de pélvi-péritonite anciennes, l'état des parois doit tout particulièrement occuper l'opérateur. Une incision large permettra seule un drainage suffisant et les soins consécutifs à l'opération.

Lorsque la collection péri-utérine est accessible par le toucher vaginal, nous pensons encore qu'elle sera utilement ouverte par cette voie. L'opération sera, il est vrai, plus difficile; elle ne pourra s'effectuer qu'en deux temps, mais une fois faite, si laborieuse qu'elle ait été, elle ramène les suites opératoires à ce qu'elles étaient dans la catégorie des faits que nous avons envisagés plus haut. La collection purulente a été abaissée, elle reste fixée dans sa nouvelle situation et l'ouverture suffisante en assure le drainage.

Il y a lieu de faire, quant à la bilatéralité des lésions, la même remarque que plus haut. S'il y a deux poches et qu'elles puissent être ouvertes l'une après l'autre, nous ne voyons pas pourquoi un traitement qui serait suffisant pour l'une ne le serait pas pour l'autre. L'ablation viendra plus tard s'il est nécessaire.

Il reste donc, dans le cas que nous réservons, deux variétés de lésions des annexes: dans certains cas, la collection purulente ne sera pas accessible au toucher vaginal, ce sera alors une collection abdominale à laquelle seront

applicables toutes les règles qui concernent ces tumeurs et dont nous n'avons pas à nous occuper.

Dans d'autres cas, l'utérus sera complètement enclavé au milieu de masses purulentes formant de véritables éponges. Les culs-de-sac vaginaux bombent, il est vrai, mais on n'y peut découvrir de fluctuation, l'utérus est immobile, la palpation abdominale combinée au toucher ne permet pas de délimiter l'utérus. Dans ces cas, l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur, ne saurait être que le prélude d'une hystérectomie. Elle pourra permettre d'asseoir le diagnostic, mais le drainage para-utérin proprement dit sera insuffisant pour assurer l'écoulement du pus retenu dans trop de cavités distinctes.

D'ailleurs, les ovaires⁸ suppurés englobés dans de fausses membranes, ne sont plus que des organes inutiles. Il est bien certain qu'en présence de lésions aussi irrémédiables, toute opération palliative perd ses droits. Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que les collections purulentes péri-utérines, car nous tenions avant tout à l'ordre clinique. Nous avons considéré ces collections comme elles se présentent le plus souvent, c'est-à-dire à l'état chronique ou subaigu. Mais nous devons maintenant examiner d'une part ces collections à l'état aigu, d'autre part, d'autres collections péri-utérines non purulentes. Grande est maintenant l'indécision du chirurgien en face de certaines salpingites aiguës. S'agit-il de salpingite aiguë d'origine puerpérale, l'état général grave et les douleurs locales lui défendent le plus souvent l'expectation médicale. Mais quel mode d'intervention va-t-il choisir ? Il semble bien prouvé actuellement que les interventions radicales; laparotomie ou hystérectomie vagi-

nale, ont dans ces cas une gravité toute particulière. Elles sont, il faut bien le dire, fort justifiées en théorie par l'état d'infection totale de l'utérus et de ses annexes. Mais leur gravité doit les faire écarter et là encore nous pensons que toutes les fois que cela est possible, il faut avoir recours à l'ouverture de la collection par la voie vaginale. Nous pensons seulement que cette intervention aidée d'un curetage suivant les règles posées pour ce cas particulier, ne doit être tentée que s'il existe bien nettement une collection fluctuante accessible par le vagin.

Dans le cas de salpingite aiguë, d'origine non puerpérale, dans le cas de pelvi-péritonite de même nature, nous croyons que l'on aura dans la plupart des cas tout intérêt à attendre que les phénomènes aigus soient atténués. On évitera ainsi le danger des poussées péritonéales. Mais si l'état général est gravement atteint, sans qu'il y ait de péritonite généralisée, nous croyons qu'une intervention simple par la voie vaginale, suivie d'un drainage, sera préférable à toute autre. Les phlegmons des ligaments larges pourront également être ouverts par le cul-de-sac postérieur, et ils devront l'être toutes les fois que cette ouverture sera possible par le vagin. Avec les auteurs modernes nous les ferons rentrer dans la catégorie des suppurations pelviennes et nous pensons que l'on doit leur appliquer tout ce que nous venons de dire à propos des affections précédentes.

L'ouverture de ces phlegmons est possible, nous l'avons vu, par le cul-de-sac vaginal postérieur et elle expose à moins de dangers que l'ouverture par le cul-de-sac latéral.

D'autre part, elle a pour avantage d'assurer un drainage parfait de la collection.

Aussi pensons-nous que l'ouverture par la voie abdominale doit être réservée pour les gros phlegmons qui ont pour ainsi dire perdu droit de domicile dans le petit bassin, et qui nécessitent une large incision.

Nous n'insistons pas sur la conduite à tenir en cas de salpingite kystique, à produit séreux. Il est bien évident qu'en présence d'une affection de ce genre, si une intervention devient nécessaire, la préférence doit être donnée à l'ouverture par le cul-de-sac postérieur ; incision qui pourra être suivie séance tenante de l'ablation de l'organe, si cela semble nécessaire. Dans le cas où le diagnostic avec un petit kyste de l'ovaire n'aurait pas été fait, cette incision en permettrait l'ablation par cette voie.

Nous voyons donc, en résumé, que l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, suivie de drainage péri-utérin, comporte un grand nombre d'indications, que si elle est, dans beaucoup de cas, une opération de nécessité, elle peut rester bien souvent une opération de choix.

Il nous reste à examiner quelles sont les suites immédiates et éloignées. Le peu de gravité des unes comme complications, l'heureux résultat des autres justifieront, nous l'espérons, ce que nous venons d'annoncer.

CHAPITRE IV

Résultats immédiats et éloignés.

Les résultats immédiats de l'opération dont nous venons de décrire le manuel opératoire et dont nous avons essayé de préciser les indications sont habituellement extrêmement simples.

Dans toute opération pratiquée par le vagin, on peut et on doit redouter les accidents suivants : ouverture du rectum, blessure de l'artère utérine, blessure des uretères, hémorrhagies. Nous ne parlons pas des blessures de la vessie dont on n'a point à se préoccuper dans l'ouverture du cul-de-sac postérieur par le procédé que nous avons étudié. En exposant les particularités anatomiques propres au vagin et aux organes environnants, nous avons vu qu'il était toujours possible d'éviter la blessure de l'artère utérine et des uretères; cela d'autant mieux que l'incision n'intéresse pas le cul-de-sac postérieur. Nous avons vu aussi que l'ouverture du rectum était presque impossible. En effet, dans les nombreuses opérations auxquelles il nous a été permis d'assister, nous n'avons jamais eu à constater d'accidents de ce genre.

Les hémorrhagies, par contre, sont plus fréquentes. Ces hémorrhagies, dues à la blessure presque inévitable des plexus veineux péri-vaginaux et des petites artères vagi-

nales, sont, en effet, un des accidents ordinaires de l'opération. Mais on les voit rapidement céder soit à la compression prolongée durant quelques instants, soit à la forcipressure maintenue durant l'opération, les pinces étant enlevées ensuite.

Ces hémorrhagies qui pourraient persister si l'on n'y mettait ordre, cèdent par contre très facilement à l'emploi des moyens chirurgicaux vulgaires. En tout cas, le chirurgien, avant de placer le pansement définitif, doit bien se rendre compte qu'aucun vaisseau ni artériel ni veineux ne donne plus.

Dans un cas, M. Tuffier a été obligé de laisser les pinces à demeure pendant 24 heures.

La fréquence de ces hémorrhagies est, d'après nous, une raison suffisante pour faire rejeter l'emploi du thermocautère. Cet instrument évite en effet toute effusion de sang au moment de son emploi ; mais lorsque les escarres qui en sont la conséquence se détachent, il se produit souvent des hémorrhagies secondaires qui sont tout au moins fort ennuyeuses ; car le chirurgien n'est pas toujours présent pour les arrêter, et quand il est obligé de le faire, il lui faut, pour pratiquer l'hémostase, un appareil instrumental qui n'est pas toujours à sa portée.

Nous avons malheureusement un cas de mort subite à enregistrer à la suite de notre opération. Il s'est produit là sans doute une embolie que l'autopsie n'a pas permis de retrouver. Mais c'est là un accident qui ne peut être imputé au mode opératoire, et comme il peut en survenir dans l'opération la plus simple et en apparence la plus bénigne.

Nous avons cru devoir publier cette observation, d'abord pour dire toute la vérité et en second lieu parce que l'examen cadavérique nous a paru instructif. Il montre que l'ouverture de plusieurs poches est parfaitement possible par la simple incision vaginale et que cette voie assure un drainage parfait des cavités.

En un mot, l'incision du cul-de-sac postérieur est une opération simple et dépourvue d'accidents opératoires.

Est-elle une opération efficace ?

C'est là le point sur lequel ont le plus particulièrement porté nos recherches.

Nous avons vu que l'efficacité de l'opération est actuellement admise par un grand nombre d'auteurs. Qu'il nous soit permis d'invoquer le patronage de M. Bouilly et de M. le Professeur Le Dentu. M. Laroyenne et son élève M. Blanc ont également cité un grand nombre de cas de guérison.

Mais ces derniers ont constaté l'existence de fistules vaginales dont la fréquence doit, pour nous, être attribuée à l'insuffisance de l'incision et du drainage consécutif.

Cependant nous relevons dans la thèse de Lafourcade sur l'hystérectomie vaginale, les considérations suivantes qui nous ont paru appeler une réfutation.

« J'ai dit plus haut, écrit l'auteur, que les lésions anciennes guérissent mal quand elles sont traitées par l'élytrotomie. Elles restent souvent fistuleuses ; les douleurs reviennent très rapidement, nécessitant une opération complémentaire qui sera, pour le cas particulier, l'hystérectomie vaginale.

« *Quelques chirurgiens ont de bons résultats par l'élytrotomie; mais suivent-ils leurs malades? Leurs opérées quittent l'hôpital comme guéries, mais que deviennent-elles? Ne vont-elles pas demander à un autre chirurgien une guérison que l'incision ne leur a pas donnée? Pour que dans les cas de suppurations anciennes traitées par l'élytrotomie on puisse affirmer la guérison, il faudrait revoir les malades opérées un an ou deux après. C'est ce qui manque souvent dans les opérations publiées. Donc, jusqu'à nouvel ordre, pas de simple incision des poches salpingiennes ou ovariennes anciennes.* »

Qu'il nous soit permis comme simple réponse aux paroles ci-dessus de citer brièvement quelques observations très succinctes.

La nommée Camille Lapi..., opérée pour une salpingite ancienne en décembre 92, est revue et examinée en février 95. — Elle n'éprouve plus aucun phénomène douloureux et le toucher est négatif.

La nommée Mariette M..., opérée pour une salpingite double de date ancienne, le 20 janvier 93, revue six mois après et en 95, est guérie; le toucher est négatif.

La nommée Eugénie Louj..., atteinte de salpingo-ovarite droite, est opérée le 15 octobre 92. — Elle est revue en bonne santé en décembre 94. — Toucher négatif.

La nommée Thérèse Mor..., opérée le 25 octobre 92, est revue en bonne santé en mars 95.

Juliette Boil..., opérée le 23 septembre 92 pour un hydro-salpinx, est revue et examinée le 25 février 95; la malade n'é-

prouve plus aucune douleur, vague à ses occupations; les annexes du côté droit sont simplement peu sensibles au toucher.

La nommée Andredine Ma..., opérée le 2 mai 92, est revue le 3 mars 95. La salpingite qui avait nécessité l'opération est guérie.

Louise Char..., opérée pour une salpingite aiguë, le 24 décembre 92, est revue en mars 95 guérie.

La nommée Ursule Vi..., opérée le 20 septembre 92 pour une salpingite, est revue en mars 95 guérie.

Nous arrêtons là cette énumération. Les malades citées ont été prises au hasard dans les observations des malades qu'il nous a été permis de revoir. A ce sujet nous dirons que pendant ces derniers mois nous avons fait tous les efforts pour retrouver le plus grand nombre de nos opérées et, quoique ce ne soit pas toujours chose aisée, nous avons été assez heureux pour revoir après des multiples démarches un peu plus de la moitié de nos malades, sur lesquelles nos observations sont publiées en entier à la fin de notre thèse. Elles nous permettent d'affirmer qu'il n'est pas possible de dire actuellement qu'une salpingite récente ou ancienne ne peut pas guérir par la simple incision suivie de drainage.

Les résultats obtenus sont au contraire tels que la guérison doit être considérée comme la règle.

Nous possédons, en effet, 17 observations où les malades opérées pour des salpingites, souvent de dates anciennes, peuvent être actuellement considérées comme guéries. Quant à nos autres malades de la même caté-

gorie, sorties en bonne santé ou en voie de guérison de l'hôpital, si elles n'ont pu être revues par suite des circonstances fortuites et malgré toutes nos démarches, rien n'empêche de supposer qu'un certain nombre d'entre elles ont été guéries. Mais nous devons avouer d'autre part, qu'il nous paraît très-vraisemblable qu'un certain nombre de ces malades, non retrouvées par nous, ont eu besoin de soins consécutifs. Nous admettons même que quelques-unes d'entre elles ont dû subir l'ablation de l'utérus et des annexes. Nous n'avons pas, en effet, la prétention d'ériger l'élytrotomie postérieure en opération infaillible et toujours définitive.

A priori il est bien certain que notre méthode ne guérit pas toujours. L'hystérectomie vaginale restera la dernière ressource des salpingites récidivantes ou de celles que l'incision ne peut atteindre.

Mais il suffit, sans aucun doute, que la simple incision du cul-de-sac ait amené la guérison définitive dans un certain nombre de cas *dont nous connaissons les résultats éloignés*, pour que le chirurgien ait non seulement le droit, mais encore le devoir d'essayer avant tout, si elle est possible, cette opération conservatrice.

Dans un cas seulement, que nous publions, l'opération a laissé à sa suite une petite fistule.

Par contre, dans un autre cas, une salpingite ouverte spontanément par le vagin et ayant donné naissance à une fistule a été guérie complètement sans fistule par une incision large et par le drainage.

Nous citons aussi quelques cas d'hématocèles supprimées, traitées et guéries par la même opération.

Un cas de phlegmon du ligament large post-puerpéral,

traité de la même façon par l'incision du cul-de-sac postérieur, a parfaitement guéri et la malade a été revue en bonne santé et examinée *deux ans après l'opération*. *Elle est actuellement enceinte.*

Tous ces exemples que nous avons tenu à publier *in-extenso*, prouvent donc que l'ouverture du cul-de-sac postérieur, appliquée aux salpingites, aux hématoécèles et autres inflammations suppurées du petit bassin, n'est pas seulement une opération palliative, mais bien réellement une *opération curative à résultats durables et définitifs*.

Ces résultats ne se font généralement pas attendre longtemps. Lorsque l'opération a été pratiquée au milieu d'un état aigu accompagné de fièvre, l'ouverture est généralement suivie d'une détente de la température et d'une amélioration des symptômes généraux. L'affection se comporte alors comme un phlegmon dont l'évacuation serait assurée. Si l'intervention est pratiquée pour une affection passée à l'état chronique, ce sont surtout les symptômes locaux que l'on voit s'améliorer rapidement.

Au bout de quelques jours, dans l'un et l'autre cas, on peut enlever les drains et se contenter d'un pansement vaginal. Cependant on ne peut pas fixer d'avance la date où les drains doivent être enlevés, car il y a à considérer à ce sujet et les dimensions de la poche et sa plus ou moins grande tendance de rétraction. Il est prudent d'imposer à la malade la position horizontale jusqu'aux premières règles. Cellès-ci sont encore assez souvent douloureuses, puis tout rentre dans le calme et la malade peut reprendre ses occupations.

Nous devons avouer cependant que les douleurs péri-utérines, et même quelquefois le syndrome utérin, per-

sistent quelques semaines ou même quelques mois après l'opération.

Ces phénomènes douloureux qui s'accroissent au moment des règles sont cependant assez atténués. Mais ils ne compromettent en rien le résultat définitif de l'opération. Leur durée maxima pour les malades que nous avons pu suivre a été de huit mois, mais souvent beaucoup plus courte. Enfin, un certain nombre de nos malades ont été définitivement soulagées après l'opération.

Les suites de l'opération sont donc d'une simplicité extrême et c'est là encore un encouragement à faire pénétrer cette intervention dans le domaine commun. Nous serons heureux si nous pouvons faire passer dans l'esprit des autres la conviction qui est entrée définitivement dans le nôtre à la suite des leçons de notre maître, M. Tuffier : à savoir que l'incision simple de collections péri-utérines, en assurant une guérison définitive, permettra d'épargner bien des ovaires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Salpingo-ovarite droite. Incision. Guérison durable.

Eugénie L., âgée de 24 ans, entre le 10 octobre 1892, au N° 5 de la salle Huguier.

La malade entre à l'hôpital pour de vives douleurs qu'elle éprouve dans le bas-ventre et pour soigner une leucorrhée abondante.

Son passé pathologique est le suivant. Elle a été réglée à 18 ans. Elle était habituellement mal réglée et toujours en retard. Ses époques étaient très abondantes quand elles venaient. A 21 ans, elle était restée six mois sans règles, mais elle avait des hémorrhagies supplémentaires sous forme d'épistaxis. A 21 ans, après ces phénomènes précédents, la malade a pour la première fois des rapports sexuels, et peu de temps après, elle commence à souffrir du bas ventre, souffre en urinant et a une leucorrhée abondante. Tous ces phénomènes inflammatoires persistent durant six mois à peu près.

L.....-Eugénie devient enceinte au mois d'août 1891. Elle fait une fausse-couche, sans cause connue, au mois de janvier 1892. Elle entre à ce moment à la Maternité où elle reste 23 jours. La délivrance a été, d'après elle, laborieuse, et a nécessité des manœuvres multiples.

Le retour de couches se produit six semaines après la fausse-couche.

La malade reste bien réglée jusqu'au mois d'août.

Elle cesse de voir pendant les mois d'août et septembre.

C'est à ce moment, au mois d'octobre, qu'elle entre à l'hôpital Beaujon, se plaignant d'une vive douleur dans le côté droit, avec irradiations dans les régions fessière et lombaire. Elle est en proie en réalité à une véritable colique salpingienne.

Elle perd du muco-pus.

Au toucher : le col est petit, l'utérus mobile ; les culs-de-sac antérieur et latéral gauche sont libres ; le cul-de-sac postéro-latéral droit est rempli par une masse, de la grosseur d'une orange, rénitente, très sensible à la pression, séparée de l'utérus par un sillon assez profond.

Le diagnostic porté est : salpingo-ovarite droite, et l'opération est décidée.

Le 15 octobre 1892, on pratique l'incision du cul-de-sac postérieur. Il sort par l'ouverture une quantité de pus évaluée à 100 grammes. Ce pus est jaune verdâtre, très fétide. Le drainage est institué et les lavages répétés tous les deux jours.

La malade sort de l'hôpital le 13 novembre 1892.

A ce moment la poche n'était pas encore revenue sur elle-même. Il s'écoulait encore par l'ouverture du liquide purulent. Mais la malade désire aller se rétablir à la campagne, aux environs de Paris ; et il est convenu qu'elle viendra se faire panser à l'hôpital. Le drain est laissé en place.

Le 21 novembre, pansement ; le drain est enlevé après un dernier lavage de la poche. La malade bien que souffrant toujours un peu, se dit fort améliorée, les douleurs actuelles ne sont pas comparables aux coliques qu'elle éprouvait auparavant.

L.....-Eugénie est revue le 28 novembre en très bon état

général. On enlève les tampons de gaze iodoformée et l'on ordonne des injections régulières ou sublimé.

La malade est perdue de vue et je ne la revois qu'en décembre 1894. L.....-Eugénie a repris ses occupations de plumassière deux mois après sa sortie de l'hôpital (en février 1893 par conséquent). Elle a souffert un peu pendant ses premières époques menstruelles. Mais depuis ce moment elle ne souffre plus, et elle s'estime en aussi bonne santé qu'avant sa maladie. Le toucher est négatif.

OBSERVATION II (personnelle)

Salpingite. Guérison durable

La nommée F. Mau..., âgée de 20 ans, domestique, entre le 21 octobre 1892 salle Huguier.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans, et cela régulièrement.

Pas de leucorrhée. Ni fausses couches, ni enfants.

Son passé pathologique est le suivant :

Depuis deux mois seulement elle souffre dans le bas-ventre, du côté droit, avec irradiations dans la cuisse droite. Ces douleurs sont continues, mais avec des exacerbations, surtout pendant la marche. Elle a eu trois crises très douloureuses. Le repos ne calme pas ses douleurs. Pendant les premiers jours de septembre, en dehors de l'époque menstruelle, en même temps qu'elle avait une de ces crises, elle perdait; elle a perdu du sang en caillots pendant un jour. Seconde crise du même genre, au commencement d'octobre.

Au moment de l'examen, la malade se plaint de la douleur qui persiste du côté droit.

Les fonctions urinaires sont normales.

Au toucher, on constate l'existence dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, d'une tumeur rénitente, sensible au toucher,

lisse, séparée de l'utérus par un sillon. A gauche, on sent par le toucher un cordon longitudinal, de la grosseur d'un porte-plume. Le col est petit, l'utérus appliqué contre la symphyse, et douloureux au toucher.

Le 25 octobre 1892, on pratique l'opération. Le cul-de-sac postérieur est incisé. Il en sort du pus : trois cuillerées à bouche environ. Drainage et lavages suivant le mode habituel.

La malade sortie à la fin de novembre 1892 est revue en janvier 1893. Elle a repris ses occupations, mais elle souffre du bas-ventre, surtout au moment de ses règles. Les rapports sexuels sont également douloureux.

Je revois la malade au mois de mars 1895. Elle me dit avoir souffert encore pendant les six ou huit mois qui ont suivi l'opération. Actuellement elle est très bien portante, mais ses règles viennent irrégulièrement. Les rapports sexuels ne sont pas douloureux. Le toucher est également négatif.

OBSERVATION III (Personnelle).

Salpingite double. Guérison durable.

La nommée Mariette M..., âgée de 32 ans, blanchisseuse, entre le 24 janvier 1893, salle Huguier, lit n° 5.

Elle se présente à la consultation parce qu'elle souffre du bas ventre et des reins, depuis longtemps. Ses antécédents sont les suivants :

Mariée à 19 ans, elle a eu un enfant un an après, ses couches ont été très laborieuses ; elle souffre et perd en blanc depuis ce moment.

Elle est régulièrement réglée ; mais à des périodes indéterminées, tous les deux, trois, quatre ou six mois elle a des accès douloureux qui cèdent au repos après quatre ou cinq jours.

Elle est actuellement sous l'influence d'un accès douloureux plus fort que tous les autres, et qui l'empêche de marcher.

Son état général est en somme assez mauvais. Elle a maigri surtout depuis un an.

En somme la malade souffre et perd en blanc depuis près de 22 ans, cela avec des rémissions plus ou moins longues.

Au toucher, le col est gros, mou, déchiqueté ; il est légèrement dévié en arrière. L'utérus ne peut être mobilisé.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on trouve une masse que l'on peut délimiter par le toucher bimanuel. Cette masse remonte dans la fosse iliaque gauche. Elle est dure, non bosselée, très douloureuse au toucher. Elle fait corps avec l'utérus et n'en est point séparée par un sillon.

Dans le cul-de-sac droit, on trouve une autre masse lisse, rénitente, et très sensible, adhérente au vagin, séparée de l'utérus par un sillon profond.

Le diagnostic est salpingite double ; le tout de date ancienne.

Le 26 janvier 1893, la malade est opérée.

On incise le cul-de-sac postérieur et il sort par l'incision une grande quantité de pus provenant de la poche droite. M. Tuffier fait à travers l'incision vaginale l'exploration de la masse du côté gauche qui est plus haut située que la précédente et l'incise également. Il s'en écoule du pus en moindre quantité que dans le cas précédent.

On draine, et les lavages consécutifs sont faits régulièrement.

La malade sort de l'hôpital au mois de février 1893, très améliorée.

Revue à partir de ce moment à peu près régulièrement, elle continue à aller de mieux en mieux.

Au bout de six mois, elle ne souffrait plus, si ce n'est au moment de ses règles : durant cette période elle gardait le lit, au moins pendant les mois qui ont suivi l'opération, au moment des règles.

La malade revue en mars 1895, est dans un état excellent.

Au toucher l'on trouve l'utérus mobilisable, non douloureux.

au toucher. L'examen des culs-de-sac est absolument négatif. Les règles sont très peu douloureuses.

OBSERVATION IV. (Personnelle)

Perimetro-salpingite. Guérison durable.

La nommée Camille Pap... âgée de 25 ans, femme de chambre, entre le 24 novembre 1892, salle Behier.

La malade réglée à l'âge de 14 ans, s'est mariée à 20 ans. Elle a toujours été régulièrement réglée jusqu'au mois de juillet 1892. — Depuis ce moment ses règles n'ont pas reparu. En même temps, il y avait du côté des seins et du ventre des phénomènes qui faisaient croire à une grossesse.

Il y a 13 jours, la malade en se levant éprouve une vive douleur au bas-ventre, à gauche ; en même temps, elle perd un liquide jaune verdâtre, fétide. A midi, ce liquide est remplacé par du sang, mêlé de liquide purulent. Cette perte se continue pendant trois jours, puis cesse. La malade reconnaît qu'elle perd habituellement en blanc et qu'elle souffrait un peu de temps en temps dans le bas-ventre, surtout au moment des règles. Elle se rappelle avoir eu au mois de juillet des besoins fréquents et impérieux d'uriner et éprouvé une sensation de brûlure pendant la miction. Elle dit qu'à cette époque ses urines étaient troubles.

Les malaises éprouvés par la malade ayant continué et s'aggravant même, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, la malade a un état fébrile assez accentué. — 39°.

Par le toucher on sent un col petit, mou, légèrement en entonnoir, refoulé contre la symphyse pubienne, par une tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac postérieur. Cette tumeur est chaude et très douloureuse au toucher. En appliquant la

main sur l'abdomen, on trouve du côté droit, une masse remontant jusqu'à l'ombilic; par le toucher combiné au palper on renvoie de l'une à l'autre main un flot très net.

Dans le cul-de-sac antérieur, et dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve également une masse indurée. Le cul-de-sac droit est empâté.

L'incision du cul-de-sac postérieur est faite le 2 décembre 1892.

Il sort par l'incision une grande quantité de pus verdâtre — drainage et soins suivant la méthode habituellement employée. La poche est lavée tous les jours.

La malade quitte l'hôpital le 15 janvier 1893. — La poche, qui était de grandes dimensions, était revenue sur elle-même; il n'y avait pas trace de fistule.

La malade a été revue par nous en Février 1895. Elle dit être entrée en place un mois après sa sortie de l'hôpital. Elle a éprouvé des douleurs vagues pendant quatre ou cinq mois, et les rapports sexuels sont restés douloureux pendant l'année qui a suivi. Mais actuellement l'état général et local sont bons. Par le toucher, on trouve un utérus en antéversion, mobile et non douloureux. Il n'y a rien dans les culs-de-sac.

OBSERVATION V (personnelle),

Salpingite. Guérison durable.

La nommée V., âgée de 29 ans, ménagère, a eu trois enfants. A la suite de ses dernières couches, il y a six ans, elle a commencé à perdre en blanc, et ses règles sont à la fois plus abondantes et plus rapprochées qu'auparavant.

Au mois d'août 1892, elle a eu une métrorrhagie qui a duré 16 jours. En même temps, elle souffrait dans le bas-ventre et éprouvait de fortes coliques. Elle s'est affaiblie rapidement et a des syncopes fréquentes, dès qu'elle se lève.

Depuis l'apparition de la métrorrhagie elle éprouve habituellement une sensation de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre, surtout à droite. Elle a presque tous les jours vers 10 heures du soir une crise fort douloureuse.

Ces phénomènes l'ont décidée à se présenter à l'hôpital, où elle entre le 13 septembre 1892.

On trouve par le toucher dans le cul-de-sac vaginal latéral droit une tumeur grosse, comme une orange séparée de l'utérus par un sillon, et douloureuse au toucher; cette masse est rénitente et n'adhère pas au vagin.

Le 20 septembre 1892, M. Tuffier incise le cul-de-sac postérieur et arrive ainsi dans une petite cavité à parois irrégulières, lamenteuses, dont il s'écoule du pus. Drainage et lavage de la cavité.

Les lavages sont faits tous les deux jours.

Le 1^{er} octobre j'enlève le drain.

On se contente de faire trois fois par jour des injections chaudes au sublimé, jusqu'à la sortie de la malade qui a lieu le 11 octobre 1892.

Il n'y a plus de tumeur, il n'y a pas de fistule. La malade a seulement quelques pertes blanches.

Nous avons revu V..., au mois de mars 1895. Elle dit avoir été un peu souffrante pendant la première année; mais elle n'a souffert vraiment que pendant trois mois. Les règles ont été régulières, mais très douloureuses durant les premiers mois. Il n'y a pas eu de grossesse, il n'y a pas de pertes blanches.

La malade vaque à ses occupations habituelles [sans inconvénient; elle va au lavoir, etc.

Par le toucher on trouve un utérus normal non douloureux à la pression, mais l'on provoque quelques douleurs en essayant de le mobiliser. Rien dans les culs-de-sac.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Perimetro-salpingite. Guérison durable.

La nommée Cr... Marie, femme de chambre, se présente à l'Hôpital Beaujon et entre salle Huguier, le 21 mai 1893.

La malade raconte qu'au mois de septembre 1892, vers la fin d'une époque menstruelle, elle avait été prise subitement de douleurs dans le bas-ventre. En même temps, son ventre avait grossi. Elle avait été obligée de garder le lit et avait fait venir un médecin, qui avait constaté qu'elle avait une tumeur fluctuante dans le bas-ventre. La malade garda le lit pendant deux mois, puis put reprendre ses occupations. Les règles reparurent. Les choses allèrent ainsi jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital. Le matin même, au deuxième jour de ses règles, elle aurait été prise de nouveau de coliques siégeant dans le bas-ventre, de vomissements bilieux.

Par le toucher vaginal, on constate l'existence dans le cul-de-sac postérieur, d'une tumeur qui y bombe et qui repousse l'utérus en avant. Cette tumeur est rénitente, régulière à la surface. Elle remonte jusque dans la fosse iliaque gauche. Par le toucher rectal, on constate plus nettement la fluctuation.

La malade est opérée le 24 mai.

Par l'incision du cul-de-sac postérieur, on fait sortir une grande quantité de pus franc, phlegmoneux, crémeux. — Lavage au sublimé et drainage. Gaze iodoformée dans le vagin.

La malade sort en voie de guérison le 23 juin.

Cette malade a été revue le 18 décembre 1894.

Elle ne souffre plus depuis sa sortie de l'hôpital.

Elle a fait une fausse couche au mois de juillet 1894. — Elle était enceinte de trois mois. — Elle ne perd pas en blanc. L'examen de l'utérus et des annexes, montre que tout est en parfait état.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Salpingite. Guérison durable.

La nommée Martin And., âgée de 42 ans, entre à l'hôpital le 21 avril 1892, salle Huguier, amenée par les phénomènes suivants.

Régulièrement réglée jusqu'à 38 ans, mère de deux enfants, qu'elle a eus sans accidents, l'un à 22 ans, l'autre à 26, elle a commencé à perdre en rouge il y a cinq ans. Ses règles duraient huit jours et étaient très abondantes. Dans l'intervalle, elle perdait en blanc. Il y a trois mois, la malade se souvient fort bien d'avoir souffert en urinant et d'avoir eu des urines troubles.

Depuis six semaines la malade souffre beaucoup. Les douleurs siègent dans le bas-ventre, avec irradiation vers les reins et vers la cuisse gauche. Ces douleurs s'exaspèrent par la station debout et par la marche.

L'état général est atteint, et la malade a beaucoup maigri.

Par le toucher on reconnaît que : le col est gros, entr'ouvert, l'utérus volumineux, le fond en est dirigé en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une masse de la grosseur d'une mandarine, rénitente, douloureuse au toucher, séparée de l'utérus par un sillon.

Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse dure, de consistance fibromateuse, semblant faire corps avec l'utérus.

La malade est opérée le 2 mai. — Incision du cul-de-sac postérieur. On ouvre deux poches dont il s'écoule un peu de pus. Drainage et lavages consécutifs.

La malade sort le 1^{er} juin 1893 en voie de guérison.

Elle est remise le 3 mars 1895.

La malade n'a souffert depuis son opération que pendant les premières règles, qui sont venues quinze jours après sa sortie. Elle est très bien réglée et en parfait état de santé.

Par le toucher, on trouve un gros col ouvert.

L'utérus est mobile, non douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une petite induration non douloureuse.

OBSERVATION VIII

Salpingite kistique gauche.

Observation due à l'obligeance de M. Tuffier

La malade, Mme de St D..., a été opérée en septembre 1890 par le cul-de-sac postérieur. Drainages et lavages pendant une vingtaine de jours. La malade qui éprouvait de vives douleurs dans le bas ventre et les reins, et cela surtout par excès, a cessé de souffrir quinze jours environ après l'opération:

Revue une première fois en mai 1893, l'opérée accuse un état général satisfaisant et ne souffre plus du tout. Les règles sont revenues normales et régulières.

Revue en décembre 1894, toujours en très bon état.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Pyo-Salpinx. Guérison.

Louise Chart..., âgée de 27 ans, couturière, se présente à la consultation et entre à l'Hôpital le 24 décembre 1892.

Les renseignements qu'elle donne sont les suivants : Elle a eu pour la première fois des rapports sexuels le 1^{er} décembre 1892. Elle était habituellement bien réglée. Ce jour là coïncidait avec le début de ses règles. Quatre jours après elle éprouve des douleurs dans le bas ventre, elle urine fréquemment et éprouve de vives douleurs vers l'urèthre, en urinant. En même

temps elle perd en jaune verdâtre et ses urines sont troubles.

Au moment de son entrée, la malade a beaucoup maigri et est très affaiblie. Elle a des nausées, de vives douleurs dans le bas ventre, surtout du côté gauche, avec irradiations vers la région lombaire et la cuisse gauche et cela par crises. Elle souffre beaucoup pour aller à la selle. Elle a une vaginite intense.

L'utérus est en antéversion, le col est gros et un peu mou, l'utérus mobile mais douloureux. Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt au dessus de la symphyse pubienne. Les culs-de-sac latéraux sont empâtés. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une tumeur très douloureuse au toucher, très dure, de la grosseur d'un œuf ne faisant pas corps avec l'utérus.

La malade est opérée le 26 décembre. On ouvre le cul-de-sac postérieur, il s'en écoule du pus ; on draine et on lave.

Quinze jours après le drainage est supprimé et les injections vaginales sont seules continuées.

Le 14 janvier 1893, la plaie vaginale était complètement cicatrisée, sans fistule. Le toucher était négatif au point de vue tumeur.

La malade se trouvait dès ce moment très améliorée par l'opération. Elle dort bien et n'éprouve de douleurs notables qu'en marchant.

Elle sort de l'hôpital le 20 janvier 1893. Nous avons revu cette malade le 30 janvier 1895. Elle a repris ses occupations, et est en place comme femme de chambre depuis 21 mois. Elle n'a jamais cessé de travailler. Elle a continué à souffrir pendant les 2 mois qui ont suivi l'opération ; actuellement elle est bien réglée, ne souffre pas au moment des rapports sexuels. Le toucher montre que tout est rentré dans l'ordre. En un mot la malade se sent en aussi bon état qu'avant toute maladie.

La malade est revue une seconde fois le 2 mars 1895, et examinée de nouveau.

L'utérus est petit, non douloureux au toucher mais douloureux quand on essaye de le mobiliser. Rien dans les culs-de-sac.

OBSERVATION X (Personnelle)

Salpingite. Guérison.

La nommée Sa... Marie, âgée de 26 ans, écuyère a été mariée à 15 ans, a eu un enfant à 17 ans.

Le retour de couches est venu après six semaines, mais la malade a commencé à ce moment à perdre en blanc et à souffrir du ventre. Elle souffre du côté gauche surtout. Elle s'est fait soigner à Madrid, où l'on a fait des cautérisations intra-utérines qui l'ont soulagée pendant trois mois : elle a été soignée ensuite pendant deux mois par l'électricité, qui l'a soulagée. Elle a été soignée également à Londres. Mais somme toute elle a toujours continué à souffrir, bien que pouvant toujours exercer sa profession d'écuyère.

Les douleurs ont augmenté ces derniers jours, et la malade qui était habituellement bien réglée, a eu un retard de 8 jours. Les règles sont revenues le 5 septembre et ont constitué une petite perte. Les douleurs augmentant, la malade se représente à l'hôpital où elle entre le 16 septembre 1892. Salle Huguier.

Le col de l'utérus est gros et dirigé en arrière. Les culs-de-sac droit et postérieur sont libres. Dans le cul-de-sac gauche on sent par le toucher combiné au palper une masse séparée de l'utérus par un sillon. Cette masse est très sensible au toucher, très peu mobile, et semble enclavée dans le côté gauche.

La malade présente à l'auscultation des signes nets de tuberculose pulmonaire.

Le 3 octobre 1892, la malade est opérée. On fait l'incision du cul-de-sac postérieur. M. Tuffier aborde ainsi la tumeur par sa face postérieure, et fait sortir environ de 40 à 50 grammes de pus.

Avec le doigt en crochet on entre très facilement dans une poche irrégulière, de la grosseur d'une petite orange. Drainage et lavages.

La malade sort de l'hôpital dans les premiers jours de novembre. Le drain a été enlevé seulement la veille de son départ.

Revue au mois de mars 1895, elle se trouve aujourd'hui dans un état de santé excellent. Elle ne perd pas et n'a pas perdu en blanc depuis son départ. Elle a souffert pendant huit mois environ après l'opération, si bien qu'elle s'était décidée à aller trouver M. Tuffier pour réclamer une hystérectomie qui lui fut refusée, ce dont elle se félicite aujourd'hui car elle ne souffre plus du tout.

OBSERVATION XI (Inédite)

Salpingite. Guérison.

(Observation due à l'obligeance de M. Raymond. Résumée.)

Gabrielle L..., 31 ans, entre dans le service de M. Guyot, à Beaujon le 14 février 1893.

La malade soignée antérieurement pour une métrite et atteinte en temps habituel de leucorrhée, entre à l'hôpital pour les suites d'une fausse couche de quatre mois environ, faite il y a neuf jours. La malade s'est levée aussitôt après l'accident mais souffrant d'une vive douleur du côté gauche et ayant éprouvé plusieurs frissons, elle se décide à entrer à l'hôpital.

A ce moment, le ventre est tendu et plus douloureux à gauche. L'utérus est immobilisé et repoussé à droite. Le cul-de-sac gauche, chaud et pulsatile, est rempli par une masse de la grosseur d'une petite orange faisant dans le rectum une forte saillie.

Les symptômes généraux sont très accentués. Température 39°5 le soir, 39° le matin. Constipation et vomissements. L'état reste le même durant quatre jours.

Le 18 février au matin, tous les symptômes s'accroissent brusquement. La température atteint 40°5, le pouls étant petit et de 130 pulsations. Toute la nuit la malade a eu des frissons, des vomissements bilieux : le ventre est ballonné. La tumeur salpingée est moins bien limitée que les jours précédents ; elle a maintenant les dimensions d'une grosse orange.

M. Guyot juge une intervention nécessaire.

On donne un chloroforme léger, à cause de l'état de faiblesse de la malade. Les valves étant placées et l'utérus étant abaissé à l'aide d'une pince de Richelot, on fait une incision à un centimètre en dehors du col, dans le cul-de-sac postérieur.

Il sort par l'ouverture, environ 150 grammes de liquide fétide, très fluide, opalescent. Drainage et lavages.

La température qui la veille de l'opération était de 40°5, tombe le soir même à 37°.

Lorsque la malade sort de l'hôpital le 10 mars, elle ne souffre plus, le cul-de-sac gauche est redevenu souple.

La malade a donné de ses nouvelles le 19 mars. Elle dit ne plus souffrir et avoir repris ses occupations journalières.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Salpingite. Guérison durable

Julie G..., domestique, âgée de 25 ans, entre le 3 octobre 1893, à l'hôpital Beaujon.

Elle se plaint de souffrir du bas-ventre, depuis dix mois environ. Elle est régulièrement réglée. Elle n'a pas eu d'enfants.

Par le toucher, on sent dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, une masse fluctuante et douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon.

La malade est opérée le 11 octobre, par le cul-de-sac postérieur. Environ 50 grammes de pus. Drainage et lavages. Suites normales. Drains enlevés au bout d'un mois, la malade sort de l'hôpital le 26 décembre 1894. Son état s'est considérablement amélioré.

La malade a été revue le 26 février 1895. Elle nous dit avoir pu reprendre son travail, peu de temps après sa sortie de l'hôpital. Elle a été par la suite très bien réglée et très bien portante. Elle ne souffre pas au moment des règles, et n'a pas de pertes blanches.

Par le toucher, on trouve l'utérus petit, col de nullipare. L'utérus n'est pas douloureux ; il est facilement mobilisable. Rien dans les culs-de-sac. Pas de traces de l'incision.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

Salpingite. Guérison durable

Marie N..., entre à l'hôpital Beaujon le 13 juillet 1893.

Par l'interrogatoire et l'examen, on diagnostique une salpingite avec poche purulente.

Le 15 juillet, la malade est opérée. Incision par le cul-de-sac postérieur d'une masse fluctuante. Il sort un grand verre de pus.

Il se produit par les lèvres de la plaie une hémorrhagie assez abondante, qui ne cède pas à la compression. On est obligé de placer deux pinces, laissées à demeure pendant 24 heures. Drainage.

La malade est sortie de l'hôpital, un mois environ après l'opération. Elle a quitté Paris, et est actuellement à Saint-Pétersbourg. Elle a bien voulu nous écrire que son état était excellent, et qu'elle ne souffrait plus. Ses règles sont régulières.

OBSERVATION XIV

Salpingite.

Observation due à M. Raymond.

Adèle E..., 20 ans, réglée depuis l'âge de 14 ans, a eu il y a quelques mois des pertes blanches et des douleurs en urinant ainsi que des besoins impérieux d'uriner qui font penser à une blennorrhagie.

Il y a quinze jours, elle a ressenti quelques douleurs pendant ses règles, qui se sont montrées très abondantes et ont duré dix jours ; les douleurs ont été en augmentant à partir de cette époque ; elle a dû garder le lit, a été prise de frissons ; on l'a conduite à l'hôpital, où elle entre le 2 mai dans le service de notre maître, le D^r Guyot.

A ce moment l'état général de la malade est des plus inquiétants ; elle a 40° de température, 150 pulsations par minute, de la dyspnée, un facies péritonéal.

Son ventre est gros, tendu et douloureux ; par le toucher, on trouve l'utérus immobilisé, le cul-de-sac postérieur rempli par une masse grosse comme une poire, se prolongeant du côté droit de l'utérus. Cette masse se sent encore mieux par le rectum qui est aplati par la tumeur : la malade n'est pas allée à la selle depuis six jours, malgré de violents efforts.

La malade était entrée le soir dans le service : le lendemain matin la température n'avait pas baissé.

Après désinfection soignée du vagin : chloroforme, large incision de la masse fluctuante qui remplit le cul-de-sac posté-

rieur ; nous avons fait précéder l'incision d'une ponction, nous permettant de recueillir *aseptiquement* du pus. Celui-ci était de la couleur du petit lait ; sa quantité pouvait être évaluée approximativement à 50 gr., son odeur fécaloïde.

La poche salpingienne largement ouverte est curettée, lavée puis bourrée de gaze iodoformée.

La température tombe successivement à 38°, 37°,5 et 37°.

Nous maintenons les jours suivants l'incision si largement ouverte que le fond du cul-de-sac vaginal paraît formé par le fond de la poche salpingienne : celui-ci touché avec du chlorure de zinc, semble venir au devant de la large incision vaginale que nous laissons ouverte pendant quinze jours.

La malade se lève au bout de trois semaines.

Nous avons par la suite pu suivre d'autant mieux cette malade qu'elle entre comme infirmière à l'hôpital ; nous l'avons revue huit mois après l'intervention : les douleurs n'avaient pas reparu, l'utérus avait retrouvé toute sa mobilité ; dans le cul-de-sac droit, on sent seulement une très légère induration.

Cette opérée a été revue au mois d'avril 1895, à l'hôpital Beaujon où elle est encore infirmière, les souffrances n'ont plus du tout reparu. Elle est très bien réglée, et le toucher est absolument négatif.

OBSERVATION XV.

Recueillie dans le service de M. le Dr Guyot. (Due à l'obligeance de M. le Dr Raymond et publiée dans sa thèse).

Salpingite.

Rose L..., 19 ans, domestique, entre le 13 juin 1893 à l'hôpital Beaujon.

Il y a un an elle a été soignée à l'Hôtel-Dieu pour des dou-

leurs dans le ventre, des pertes blanches, des douleurs en urinant.

Il y a huit jours elle a été prise de violentes douleurs dans le ventre, surtout du côté droit; ces douleurs la forcent à prendre le lit: elle entre à l'hôpital. La température est de 39°9; le ventre est douloureux et empâté à droite; le toucher vaginal permet de constater une légère salpingite à peine douloureuse du côté gauche: à droite, au contraire, on trouve dans le cul-de-sac postérieur, une masse dure et non fluctuante, grosse comme une mandarine; cette masse se sent plus facilement par le rectum auquel elle semble fixée.

Au bout de quatre jours la température n'a pas baissé, l'état général paraît plus mauvais; la masse rétro-utérine a augmenté de volume dans des proportions considérables: elle paraît maintenant rénitente.

Le quatrième jour après son entrée à l'hôpital, M. Guyot nous charge de l'opérer. Chloroforme, antiseptie vaginale, fixation de l'utérus par une pince de Richelot: ponction pour recueillir aseptiquement un jet de liquide, large incision.

Le liquide retiré a une odeur infecte, une couleur jaune verdâtre; sa quantité peut être évaluée à 50 gr. environ.

La température tombe successivement à 39°, 38°, et 37°, le quatrième jour après l'intervention: l'incision ayant malgré un gros drain tendance à se fermer, nous la maintenons béante en y plaçant à plusieurs reprises de grosses tiges de laminaires; le fond de la poche salpingienne est touché plusieurs fois avec du chlorure de zinc.

La malade se lève au bout de 15 jours et sort de l'hôpital quatre semaines après son entrée; elle revient huit mois après et paraît se bien porter. Nous ne l'avons pas revue depuis lors.

OBSERVATION XVI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Raymond)

Marie D..., couturière, âgée de 44 ans, entre le 22 juillet 1893 dans le service de M. le Dr Guyot.

La malade a été soignée il y a 4 ans d'une métrite dans le service de M. Dumontpallier.

Le 9 juillet, 15 jours avant son entrée à l'hôpital, la malade est prise brusquement de très vives douleurs ; elle éprouve les jours suivants une faiblesse extrême et doit prendre le lit ; les symptômes fébriles ne paraissent être survenus que secondairement.

Au moment de son entrée, l'état général est médiocre, la température de 39°7 ; les douleurs très vives, le ventre ballonné. En associant le toucher et le palper on constate que l'utérus est repoussé en avant et immobilisé. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse grosse comme une orange, tendue, douloureuse, facilement explorable par le toucher rectal.

L'état reste le même pendant 3 jours ; à ce moment la malade a une abondante diarrhée, suivie de détente dans les phénomènes douloureux. La température restant élevée, nous intervenons le 27 juillet.

Incision transversale du cul-de-sac postérieur, immédiatement en arrière du col ; on ouvre la poche rétro-utérine qui à ce moment est beaucoup moins tendue que lors de l'entrée de la malade ; la poche contient du pus, des caillots de sang et des matières fécales ; un orifice à bords minces, assez large pour y introduire le doigt, la fait communiquer avec le rectum. Irrigation et tamponnement à la gaze. Les jours suivants les matières fécales sortent en presque totalité par le vagin, mais la température tombe, l'état général s'améliore rapidement.

La fistule stercorale a persisté jusqu'en novembre ; les matières fécales commencèrent par ne s'y plus engager que pendant les périodes de diarrhée ; ensuite les gaz seuls franchirent la fistule, qui se ferma enfin complètement.

La malade a été revue en février 1894 ; elle avait engraisié et ne souffrait plus ; l'utérus était mobile, le cul-de-sac postérieur encore induré.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

Hydrosalpinx. Guérison

Juliette Boi..., âgée de 26 ans, a eu un enfant à l'âge de 20 ans. Ses couches ont été bonnes ; après et avant cette époque elle était bien réglée, jusqu'au début de la maladie actuelle.

Il y a deux ans, a eu des douleurs et des pesanteurs dans le bas ventre. En même temps, elle souffrait en urinant, avait des mictions fréquentes, et les urines étaient troubles ; elle perdait en blanc.

Sous l'influence d'injections, les phénomènes douloureux disparaissent, mais les pertes blanches persistent. Les règles deviennent irrégulières et très abondantes. Depuis 4 mois, elle souffre de nouveau d'une douleur fixe du côté droit, douleur s'irradiant le long de la cuisse.

Par le toucher, on trouve un col gros entr'ouvert ; la palpation combinée au toucher, permet de reconnaître que l'utérus est gros, et qu'il existe dans le cul-de-sac latéral droit une masse très haut située, de la grosseur d'un œuf de dinde et de même forme ; cette masse est mollassée, peu sensible.

Lorsqu'elle est étendue, la malade souffre peu ; mais dès qu'elle s'assoit, elle éprouve une douleur vive dans le côté droit.

Le 23 septembre on procède à l'opération. On incise le cul-de-sac, et par une seconde incision, on ouvre une poche qui donne issue à un liquide séro sanguinolent. Le doigt introduit dans la poche constate que les parois en sont lisses. Drainage et lavages, qui sont répétés tous les trois jours.

Le drain est enlevé le 11 octobre. En combinant le toucher à la palpation, on ne sentait plus qu'une induration de la grosseur d'une noix, à la place de la poche.

La malade sort de l'hôpital le 18 octobre 1892, ses souffrances ont été en diminuant depuis l'opération.

Elle rentre chez elle, et reste un mois sans travailler, puis reprend ses occupations de brodeuse. Elle ne souffre pas dans l'intervalle de ses règles, mais pendant cette période elle était obligée de garder le lit.

L'opérée a été revue le 25 février 1895. Elle a eu encore de la dysménorrhée pendant un an. Mais depuis dix-huit mois elle se trouve très bien et ne souffre pas. Ses règles sont régulières. Elle ne perd pas en blanc.

Par le toucher, on trouve un utérus petit, de direction normale, rien dans les culs-de-sac.

OBSERVATION XVIII. (Personnelle).

Hydrosalpinx.

La nommée Evelina Lepr..., âgée de 24 ans, domestique, entre le 29 novembre 1892, salle Huguier.

Ses antécédents sont les suivants: Elle a été réglée à 13 ans, et a été bien réglée jusqu'à l'âge de 17 ans. A ce moment, elle est deux mois sans avoir ses règles. De nouveau bien réglée jusqu'au mois de juillet 1892. A cette époque, elle eût dans l'intervalle de ses règles une perte de trois jours. Au mois de mai dernier, elle a souffert en urinant, et ses urines étaient

troubles. Depuis cette époque, elle souffre du bas-ventre, surtout du côté droit, avec irradiations dans le membre inférieur du même côté. Ces douleurs ont cessé un moment pour reprendre plus violentes. L'état général est assez bon.

La malade n'a pas eu d'enfants.

Par le toucher, on trouve le col dévié à gauche, l'utérus est mobile, très peu douloureux à la mobilisation. Le cul-de-sac latéral droit est empâté, et par la palpation combinée au toucher, on sent une masse de la grosseur d'un œuf de poule, très dure, très douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon.

Le 2 décembre, incision par le cul-de-sac postérieur.

Il ne sort pas de pus, mais un liquide séreux. Le contenu de la poche était d'environ une trentaine de grammes. Drainage et lavages.

Les drains sont enlevés au bout de six jours.

La malade sort cinq jours après, en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XIX (Personnelle).

Phlegmon du ligament large. Guérison. Grossesse consécutive.

La pommée Louise Levas..., âgée de 29 ans, blanchisseuse, accouche le 12 janvier 1893, à l'hôpital Beaujon. Durant le cours de sa grossesse, elle a eu une phlébite, qui était guérie au moment de l'accouchement.

Ce dernier fut normal et facile.

Deux jours après les couches, la malade accuse quelques frissons et une vive douleur dans le bas-ventre, du côté droit. Cette douleur est continue, mais subit des exacerbations. La malade entre dans notre service quarante jours après l'accouchement. La malade a vomi de la bile à plusieurs reprises. La température est de 38°5 au moment de l'examen.

A la palpation, on sent au-dessus de l'arcade de Fallope un plastron induré, d'une largeur de trois travers de doigts, occupant nettement la paroi abdominale droite ; la fosse iliaque est libre.

Par le vagin, on sent la même tumeur qui vient bomber fortement dans le cul-de-sac latéral droit.

La malade est opérée le 22 février sans chloroforme.

Incision du cul-de-sac postérieur : il sort une grande quantité de pus franc. Drainage et lavages.

Les lavages sont continués tous les jours, jusqu'au jour de la sortie de l'hôpital, le 24 avril. Ce jour-là seulement, également on enlève les drains. Il s'est écoulé du pus pendant 15 jours. Les souffrances de la malade ont considérablement diminué, et la convalescence s'est établie sans accidents.

Le 20 mai, la malade revient se faire examiner à l'hôpital Beaujon. Son état était excellent. L'incision était complètement cicatrisée.

La malade a été revue en janvier 95. Elle a eu ses premières règles après sa sortie de l'hôpital, le 3 juin 1893. Les règles ont été très régulières jusqu'au 28 octobre 1894, époque à laquelle elle a eu ses dernières règles. Notre opérée a eu à partir de ce moment des vomissements pituitaires et alimentaires, son ventre a grossi. Par le toucher, on trouve un col mou, un utérus mobile, remontant de cinq travers de doigts au-dessus de la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une petite induration, dans l'épaisseur de la paroi vaginale, c'est le vestige de l'ancienne incision.

OBSERVATION XX. (Personnelle).

Hématocèle suppurée. Guérison définitive

Clarisse Pe..., âgée de 36 ans, femme de chambre, entre le 24 janvier 1893, salle Huguier.

La malade, mariée à 18 ans, a toujours été bien réglée. A eu un enfant à 19 ans. Accouchement et suites de couches normaux. A été bien portante jusqu'au mois de novembre dernier. Cependant elle avait de temps en temps des douleurs dans le bas-ventre, qui disparaissaient rapidement par le repos. Au mois de janvier 1892, elle a eu une métrorrhagie qui a duré une semaine et qui a cédé au repos et aux injections. Au mois d'octobre dernier, la malade aurait souffert en urinant, durant cinq jours, et ses urines ont été troubles à ce moment.

Les accidents qui ont décidé la malade à entrer à l'hôpital sont les suivants : Le 25 novembre dernier, la malade qui avait un retard de règles de un mois, a senti subitement une douleur dans le bas-ventre, surtout sur les parties latérales. Cette douleur était atroce. Elle s'irradiait vers l'anus, vers la région lombaire, et dans la cuisse droite. La malade se fait conduire chez elle, et sous l'influence d'un cataplasme, les douleurs se calment, si bien que le lendemain elle peut reprendre ses occupations.

Le 1^{er} décembre, nouvelle crise, en tout semblable à la première. Le 8 décembre, les règles apparaissent.

Le soir, sous l'influence peut-être d'une toilette à l'eau froide, survient encore une crise qui dure deux heures. Le lendemain la malade reprend son travail. Mais bientôt, deux heures après, sous l'influence de douleurs vives qui augmentent par la marche, la malade reprend le lit, qu'elle garde durant un mois, et fait venir un médecin. Sous l'influence de révulsifs et d'injections, l'état s'améliore et la malade se croit en voie de guérison quand elle vient à l'hôpital.

A ce moment, l'état général est déjà meilleur. Cependant elle a tous les soirs 38,5 de température ; la malade est constipée et paraît avoir de l'entérite muco-membraneuse.

Par la palpation abdominale, on trouve une tuméfaction qui occupe l'hypogastre et la fosse iliaque droite, et qui dépasse

fortement la ligne médiane. Elle est lisse, arrondie, fluctuante, peu douloureuse à la palpation ; elle remonte jusqu'à l'ombilic. Vers la partie gauche de cette tuméfaction, on rencontre une petite tumeur, mobile suivant une ligne allant de l'ombilic au milieu de l'arcade de Fallope, dure, irrégulière, et semblant indépendante de la principale tuméfaction.

Par le toucher, on trouve le col repoussé en avant.

L'utérus est immobile, et comme enclavé.

Les culs-de-sac latéraux sont difficiles à atteindre. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve une tuméfaction qui descend jusqu'à deux centimètres de la vulve. Elle offre une fluctuation obscure ; par le toucher bimanuel, on renvoie franchement la fluctuation de la main qui occupe la paroi abdominale et la déprime, vers le doigt introduit dans le vagin.

Par le toucher rectal, on sent une tumeur qui bombe vers le rectum et qui remonte au-dessus de l'ampoule rectale.

Le 6 janvier 1893, après la préparation ordinaire la malade étant endormie, on recherche vainement la petite tumeur latérale, et qui était due probablement à la rétention d'un bol fécal.

M. Tuffier fait une large incision du cul-de-sac postérieur, et voit la tumeur qui vient bomber dans la plaie. Il l'ouvre et en fait sortir une grande quantité de caillots sanguins mêlés de pus. La tumeur abdominale disparaît.

On procède au lavage et au drainage méthodiques de la poche, puis au pansement vaginal.

Le 9 janvier les lavages au sublimé sont suspendus, par suite de l'apparition de quelques phénomènes d'intoxication, et remplacés par des lavages à l'eau boriquée. Une sonde vésicale à demeure, qui avait été laissée en place est également enlevée.

Les soins consécutifs sont continués comme d'habitude.

La malade sort de l'hôpital le 10 février ; quinze jours après sa sortie, elle vaquait comme d'habitude à ses occupations, mais elle se plaint encore pendant six semaines d'éprouver

d'assez vives douleurs dans les membres inférieurs. Elle reprend petit à petit de l'embonpoint. Les règles à partir de ce moment reviennent régulièrement, sans douleurs.

La malade a été revue.

Elle ne souffre plus du tout du bas ventre, et a une vie génitale normale, tant au point de vue des règles qu'au point de vue des rapports sexuels. Son état général est très bon.

Comme état local on trouve : l'utérus légèrement en rétroflexion, mobile, non douloureux.

Il n'existe pas la moindre tuméfaction dans les culs-de-sac, ni la moindre induration. Il est impossible également de reconnaître la plaie de la cicatrice.

OBSERVATION XXI (Personnelle).

Hématocèle suppurée rétro-utérine. Guérison.

Rose C..., 32 ans, fleuriste entre à l'hôpital Beaujon le 21 octobre 1893. Le récit de la malade et l'examen local permettent de faire le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine suppurée, car elle a la température 38.

La malade est opérée le 24 octobre par l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur. Il en sort du pus et du sang. Drainage et lavages.

Les drains sont enlevés au bout de 15 jours.

La malade sort de l'hôpital le 15 novembre, guérie. Elle reprend aussitôt ses occupations et ne souffre plus dans le bas ventre.

Elle a été revue en janvier 1895. Son état continue à être excellent. Elle est bien réglée.

Le toucher vaginal ne permet pas de retrouver la moindre trace de l'intervention.

OBSERVATION XXII (Personnelle)

Salpingite gauche. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauche par l'incision vaginale.

La nommée Lœtitia Dam... âgée de 30 ans, entre le 26 avril 1893, salle Huguiet à l'hôpital Beaujon. Elle entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du bas ventre.

Son passé est le suivant : Mariée à 22 ans, elle n'a pas eu d'enfants, ses règles sont régulières, mais depuis leur apparition, elle souffre pendant l'époque menstruelle. Ces douleurs se sont exagérées depuis son mariage. Elle souffre même par crises pendant la période intercalaire, de douleurs dans le bas ventre, sur les côtés avec irradiations vers les reins et les cuisses. Ces douleurs viennent par accès qui durent deux ou trois jours avec des exacerbations. Depuis neuf ans, il existe des pertes blanches. La malade peut cependant vaquer à ses occupations.

Le col est gros, l'utérus est en antéversion, douloureux à la mobilisation et au toucher. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse lisse, arrondie, très douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon, non adhérente à la muqueuse vaginale qui glisse sur elle.

Le 29 avril. Incision du cul-de-sac postérieur.

On amène la trompe et l'ovaire gauches dans le vagin, on met une pince, et l'on extirpe l'ovaire et la trompe.

Dans la trompe on trouve un petit abcès de la grosseur d'un marron. Drainage et pansements à la gaze iodoformée.

La malade sort en bon état de l'hôpital le 20 mai. Par le toucher on ne trouve rien d'anormal.

La malade est revue le 3 avril 1895. Elle raconte avoir gardé le lit quinze jours encore après sa sortie de l'hôpital ; puis elle a repris ses occupations de couturière.

Pendant les six premiers mois, elle n'a ressenti aucune douleur. A partir de ce moment, elle a recommencé à souffrir un peu, mais au moment de ses règles seulement. Celles-ci sont devenues plus abondantes. Dans l'intervalle elle est très bien portante.

Par le toucher, on trouve un utérus normal, non douloureux au toucher, douloureux seulement quand on essaye de le mobiliser. Il n'existe plus rien dans les culs-de-sac.

OBSERVATION XXIII (Personnelle)

Poche salpingée, enlevée par l'incision vaginale

Marie P..., âgée de 29 ans, entrée le 29 mars 1893.

Antécédents personnels. — Pas d'enfants, pas de fausses couches, toujours bien réglée.

La *maladie actuelle* a débuté il y a deux mois et demi, au moment des règles : elle a éprouvé de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, a eu de la fièvre. Ses règles ont été moins abondantes. Elle est entrée à l'hôpital dans un service de médecine, où elle est restée trois semaines. Elle se plaignait toujours d'une douleur vive dans le petit bassin et avait un peu de fièvre. Elle reçut uniquement des soins médicaux. Elle sort quelques jours, puis rentre dans le même service, et ressent une amélioration légère. Mais voyant qu'elle ne peut reprendre ses occupations, elle demande à passer en chirurgie. C'est alors que nous la voyons.

Par le toucher, on sent dans le cul-de-sac postéro-latéral droit une masse dure, résistante, de consistance presque fibromateuse.

La malade est opérée le 30 juin 1893. Par l'incision du cul-de-sac postérieur, on arrive sur une poche, qui, ouverte, laisse écouler environ 60 grammes de pus. La poche est attirée dans

le vagin. On place une pince derrière elle, et on enlève la poche. La pince est laissée en place. Lavages au sublimé, pansements à la gaze indofirmée.

La malade sort en bonne voie de guérison au bout de trois semaines. Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION XXIV (Personnelle).

Salpingite.

Rosine R..., âgée de 27 ans, passementière, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le 13 janvier 1893.

Elle est bien réglée habituellement, ne perd pas en blanc, n'a pas eu d'enfants.

Après ses dernières règles, il y a trois semaines environ, elle a commencé à souffrir dans le bas-ventre, surtout du côté gauche, avec irradiations vers la région lombaire. Ces douleurs venaient par accès tous les jours. Depuis cinq jours les douleurs ont augmenté à un point tel que la marche est devenue impossible. La toux et les efforts étaient très douloureux.

Par le toucher, on trouve un col de volume et de consistance normaux. L'utérus est douloureux, peu mobile, le cul-de-sac droit et le cul-de-sac postérieur sont souples. Mais dans le cul-de-sac gauche on sent, surtout en combinant la palpation au toucher, une tumeur dure, douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon, de la grosseur à peu près d'un œuf de dinde.

Par l'incision, on arrive sur une tumeur qui, incisée, donne issue à une quantité de pus, que l'on peut évaluer à une centaine de grammes. Drainage et lavages.

La malade sort de l'hôpital le 20 février sans fistule et très améliorée.

Elle a quitté Paris pour Genève au mois d'avril 1894, sans

laisser d'adresse. A cette époque, au dire de sa concierge, elle était très bien portante, et n'avait pas eu besoin d'autres soins médicaux.

OBSERVATION XXV (Personnelle).

Salpingite améliorée

Marie-Louise M..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1893.

Elle a été réglée à l'âge de 15 ans. Régulièrement réglée jusqu'à l'âge de 22 ans. A cette époque, a eu un enfant, suites de couches normales. Cinq mois après, elle fait une fausse couche, à la suite de laquelle elle commence à souffrir du bas-ventre, surtout à gauche. Elle perd blanc et est mal réglée depuis lors. Au mois d'octobre, comme elle perdait en rouge très abondamment, elle entre dans le service de M. Labbé, où on lui fait un curetage. A la suite de ce traitement elle reste cinq mois bien portante.

Au mois d'avril 1892, comme elle souffrait de nouveau beaucoup, elle entre à l'hôpital de Lourcine, où sous l'influence d'un traitement purement médical et du repos, ses douleurs disparaissent.

Elle recommence à souffrir vers le 10 décembre, et recommence à perdre en rouge.

A l'examen, on trouve le col gros dirigé en arrière, l'utérus est gros, en antéversion. Masse arrondie dans le cul-de-sac latéral gauche. La malade est opérée. On ouvre le cul-de-sac postérieur. Il s'écoule quelques grammes de pus. Drainage et lavages.

La malade sort de l'hôpital beaucoup trop tôt, le 28 janvier 1893. Très améliorée, mais au toucher on trouve une petite fistule.

Je n'ai pu retrouver cette malade.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Salpingite.

La nommée Louise Cr..., âgée de 22 ans, entre le 13 septembre 1892, salle Huguier.

La malade raconte qu'étant accouchée le 25 mai dernier, elle a eu à la suite de ses couches une péritonite qui a nécessité son entrée à la Maternité où elle a été soignée pendant un mois et demi.

Elle se décide à entrer à l'hôpital parce qu'elle souffre beaucoup, dans le bas ventre, surtout du côté gauche. Depuis un mois elle souffre en urinant et perd en blanc.

Par le toucher, on trouve un col gros, déchiré. On rencontre dans le cul-de-sac gauche une énorme masse, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Cette masse qui est nettement située à gauche, remonte à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic et vient jusqu'à la ligne médiane. Le 15 septembre 1892, M. Tuffier fait l'incision vaginale. Il s'écoule une grande quantité de pus. Drainages et lavages.

Le 28 septembre, les drains sont enlevés. La poche a beaucoup diminué de volume. Lavages vaginaux journaliers.

Le 4 octobre, la malade sort de l'hôpital en très bon état. La masse avait complètement disparu, sa marche n'était plus douloureuse. En somme guérison. La malade n'a pas été revue.

Nous possédons encore une dizaine d'observations, de collections péri-utérines aiguës ou chroniques, traitées par le drainage. Nous ne croyons pas devoir en donner le détail, car elles sont en tout analogues aux précé-

dentes. Les malades sont sorties de l'hôpital tout au moins très améliorées, mais nous n'avons pu les revoir et les examiner malgré tous nos efforts.

OBSERVATION XXVII (Personnelle).

Incision du cul-de-sac postérieur. Mort. Deux poches ouvertes par cette intervention.

La nommée For..., âgée de 39 ans, couturière, entre le 26 mai 1893, salle Huguiet.

Elle a toujours été très bien réglée et n'a jamais eu d'enfants.

Elle raconte qu'il y a huit ans, à la suite de fatigues elle a été malade pendant trois mois, souffrant du bas-ventre, ayant des métrorrhagies, des vomissements.

Soignée à l'aide de révulsifs et de cataplasmes, elle avait recouvré une santé relative au bout de trois mois et s'était, somme toute, bien portée depuis ce moment.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle éprouve des coliques; des douleurs dans le bas-ventre; en même temps elle a des frissons et de la fièvre.

Au moment de son entrée, la fièvre a persisté; les coliques ressenties surtout du côté gauche, revenaient par crises plusieurs fois par jour, et durant un quart d'heure environ.

L'utérus semble enclavé dans une masse qui l'entoure et qui par le toucher et le palper combinés donne bien la sensation de fluctuation. Cette masse déprime le cul-de-sac postéro-latéral droit, et remonte dans la fosse iliaque droite.

L'incision est faite le 30 mai. On incise le cul-de-sac postérieur, et après l'ouverture successive de deux poches, on fait sortir une quantité de pus évaluée à 150 grammes. On procède à un lavage soigneux après l'introduction des drains et l'on fait

encore sortir avec l'eau de lavage une grande quantité de pus.

Les choses semblaient aller pour le mieux, quand vers deux heures, le jour même de l'opération la malade se plaint d'avoir froid, et est prise de sueurs.

Les lèvres deviennent violettes, la face se cyanose, il se produit des nausées, de la dyspnée : les ongles deviennent noirs, et un quart d'heure après le début des accidents la malade succombe.

L'autopsie de la malheureuse opérée a été faite et les pièces conservées dans l'alcool. Nous donnons l'exposé des résultats principaux de l'examen. Nous le croyons intéressant surtout au point de vue purement opératoire. On verra combien l'incision était suffisante pour permettre un drainage parfait de poches multiples. Quant à la cause même de la mort, elle est restée un peu indéterminée, malgré un examen méthodique. Nous pensons qu'elle doit être attribuée à une embolie pulmonaire non retrouvée, ou à une intoxication tardive par le chloroforme.

A l'examen des *poumons*, on trouve aux deux bases en arrière, quelques ilots lobulaires atélectasiés.

A la coupe, on trouve au centre du poumon droit un ilot très congestionné. En suivant les ramifications de l'*artère pulmonaire*, on ne trouve aucune trace de caillot oblitérateur.

Le *cœur* est de volume et d'aspect normaux. On ne trouve aucune altération valvulaire, si ce n'est quelques rugosités sur la face ventriculaire des valvules sigmoïdes pulmonaires. Le myocarde est normal.

En ouvrant la cavité abdominale, on constate que le grand épiploon est épaissi et adhérent sur ses parties latérales aux parois abdominales, et en arrière à l'intestin.

Les anses intestinales sont adhérentes entre elles. Dans leur intervalle, on trouve une substance poisseuse qui existe également entre le diaphragme et le foie.

Les organes du petit bassin sont adhérents entre eux, et for-

ment une masse unique. En rompant les adhérences sur la ligne médiane, on pénètre dans une poche formée en avant par la face postérieure de l'utérus, en arrière par le rectum, sur les côtés par les annexes. La trompe et l'ovaire gauche formaient une autre masse adhérente à une paroi de cette poche laquelle occupait donc le cul-de-sac de Douglas en le dépassant en haut. Elle était tapissée de fausses membranes.

A sa partie inférieure, se trouvait une incision chirurgicale qui avait permis l'évacuation de son contenu.

A gauche, on trouve une autre poche, formée par la trompe dilatée : cette poche présentait un diamètre transversal de 8 centimètres et un diamètre vertical de 6. Les parois en sont irrégulières, tapissées d'une membrane jaunâtre. Au niveau de sa partie interne, on voit une incision chirurgicale qui la faisait communiquer largement avec la poche primitivement décrite.

Les reins étaient normaux.

CONCLUSIONS

1° Les collections pelviennes nécessitent un traitement différent suivant leur siège, leur nombre, leur volume, leur nature ; elles ne sont donc pas justiciables d'un seul et unique procédé opératoire.

2° A côté de la laparotomie et de l'hystérectomie, il y a place pour l'incision du cul-de-sac postérieur. Cette incision est par dessus tout une opération conservatrice. Elle peut être employée dans l'état aigu ou subaigu sans faire courir aucun danger à la malade.

3° L'élytrotomie postérieure peut être l'opération de choix dans les hématocèles rétro-utérines à produit non figuré ou de petit volume. — Dans les hématocèles qui se comportent comme une hémorrhagie intra-péritonéal, elle doit céder la place à une intervention plus radicale qui permettra d'attaquer directement la source de l'hémorrhagie.

Elle sera encore l'opération de choix dans les collections pelviennes uniques ou même multiples, s'il existe quelques poches volumineuses. Elle est contre-indiquée si ces collections sont alvéolaires et si le pus est contenu dans une véritable éponge cellulaire.

Ces constatations anatomiques peuvent se faire séance tenante et si l'opérateur est dans l'impossibilité d'ouvrir

et de drainer toutes les collections, l'incision du cul-de-sac devient le premier temps de l'hystérectomie vaginale qu'elle n'a en rien compromise.

4° L'incision du cul-de-sac postérieur est applicable non seulement aux collections qui viennent bomber dans ce cul-de-sac, mais encore aux collections des parties latérales. L'expérience prouve que l'incision de ces collections latérales par ce moyen est pratique et possible et que le drainage en est parfait.

5° Nous conseillons l'incision large du cul-de-sac sans ponction préalable. Cette incision doit porter franchement sur le cul-de-sac postérieur. S'il s'agit d'une collection latérale, l'incision doit encore porter sur la partie postérieure de celle-ci. C'est le seul moyen d'éviter la blessure des organes qui passent sur les parties latérales du col.

6° Le drainage des collections doit être prolongé. Les injections antiseptiques doivent être soigneusement faites non seulement dans le vagin, mais dans la poche.

7° L'élytrotomie postérieure n'est pas seulement une opération palliative. Elle amène la guérison dans un grand nombre de cas aigus. Mais les cas chroniques eux-mêmes ne restent pas en dehors de son action curatrice.

Nous citons vingt-et-une observations de malades que nous avons suivis pendant deux ans.

8° Dans le cas d'insuccès, l'hystérectomie vaginale n'est en rien compromise par cette tentative thérapeutique.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse :

PINARD.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

